FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1928

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Jean HÉBERT

Né le 20 février 1903, Le Havre (Seine-Inférieure)
Ancien Interne pr. des Hôpitaux de Paris

ÉTUDE DES ARTHRITES

AU COURS

DE LA PUERPÉRALITÉ

Président : M. COUVELAIRE, *Professeur*

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1928

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Jean HÉBERT

Né le 20 février 1903, Le Havre (Seine-Inférieure)
Ancien Interne pr. des Hôpitaux de Paris

ÉTUDE DES ARTHRITES

AU COURS

DE LA PUERPÉRALITÉ

Président : M. COUVELAIRE, *Professeur*

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1928

I. — PROFESSEURS

	MM.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	VILLARET.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LOEPER.
Hygiène.	N...
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale.	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TESSIER.
Clinique chirurgicale.	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeur sans chaire.	BRANCA.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiatrie.
ABRAMI	Pathologie médicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHIRAY CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ECALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique
LEVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale
MOURE	Pathologie chirurgicale
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie
QUENU	Pathologie chirurgicale
RICHET Fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER	Histologie.
TANON	Pathologie médicale.
ZIMMERN	Physique.

I. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
ALGLAVE AUVRAY CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LEREBOULLET	Clinique médicale infantile.

MM.	
GOUGEROT LERI	Clinique médicale.
MOCQUOT PROUST SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Sous-Intendant Militaire de 1re classe
Chevalier de la Légion d'Honneur

MORT POUR LA PATRIE

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR LAUSIÈS
Médecin des Hôpitaux du Havre

Qui fut mon premier maître.

A MA MÈRE

A MON BEAU-PERE

A MA GRAND-MÈRE ET MES FRÈRES

A TOUS LES MIENS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Professeur de Clinique obstétricale
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

Qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MONDOR

Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a toujours soutenu depuis le début de nos études médicales et qui nous a inspiré ce travail ; en témoignage de notre profonde reconnaissance.

A M. LE PROFESSEUR GABRIEL PETIT

de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a toujours aidé de son active sympathie ; qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profond dévouement,

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

M. le Professeur RATHERY, Médecin de l'Hôtel Dieu, 1922.
M. le Professeur agrégé MONDOR, Chirurgien des Hôpitaux, 1922.

Externat

M. le Professeur agrégé AUVRAY, Chirurgien de Laënnec, 1923-24.
M. le Docteur BENSAUDE, Médecin de St-Antoine, 1924-25.
M. le Professeur LŒPER, médecin de Tenon, 1925-26.

Internat provisoire

M. le Docteur BOIDIN, Médecin de l'Hôpital Tenon, 1926.
M. le Docteur RICHE, Chirurgien de l'Hôpital Tenon, 1926.
M. le Docteur RIST, Médecin de l'Hôpital Laënnec, 1927.
M. le Docteur CLAISSE, Médecin de l'Hôpital Laënnec, 1927.
M. le Docteur RUDAUX, Accoucheur des Hôpitaux, Professeur en chef de la Maternité, Paris, 1928.

BRODIN, CAIN, GUY-LAROCHE, JACOB, MARQUÉZY, Médecins des Hôpitaux.

SAUVÉ, SENÈQUE, Chirurgiens des Hôpitaux.

DESNOYERS, LEMELAND, PORTES, Accoucheurs des Hôpitaux.

BIDERMANN, CHAVANY, COULAUD, DIGONNET, ROLLAND, J RAVINA, A RAVINA, RACHET, SCHULMANN, WELTI, anciens Internes des Hôpitaux.

CHAPITRE PREMIER

—

DÉFINITION. LIMITES DU SUJET. PLAN

Nous nous sommes proposé dans ce travail de reprendre la question des arthrites au cours de la puerpéralité. Ces lésions ont été fort discutées autrefois tant dans leur symptomatologie que dans leur pathogénie. Mais à la lueur des travaux bactériologiques de la fin du siècle dernier, leur cadre s'est suffisamment restreint.

Il faut comprendre sous le terme d'arthrites de la puerpéralité, les arthrites qui surviennent entre la conception et le retour de couches qui sont les limites extrêmes de l'état puerpéral. Mais il est évident que certaines lésions articulaires qui surviennent au cours de cet état n'ont que l'intérêt d'une simple coïncidence et ne doivent pas être comprises dans le cadre de notre description. Tout au contraire nous nous intéresserons aux lésions qui surviennent à l'occasion de la puerpéralité et auxquelles celle-ci donne un cachet spécial,

Nous décrirons donc toutes les lésions articulaires d'origine génitale survenant pendant la grossesse et

post partum. Ces arthrites infectieuses sont d'une part des arthrites d'origine gonococciques survenues à l'occasion de la grossesse, d'autre part des arthrites dues à la « maladie puerpérale » elle-même.

Ces arthrites sont connues depuis longtemps et leur apparition au cours de l'état puerpéral avait à un tel point frappé les anciens auteurs que l'on avait à leur propos créé le terme de rhumatisme puerpéral. Ce terme est doublement inexact. D'une part, parce que depuis les travaux cliniques de Patenostre, Bar et Bégouin, depuis les recherches bactériologiques de ces deux derniers auteurs le cadre de ce rhumatisme a été plus ou moins détruit et rapproché de celui du rhumatisme blennhorragique.

Il est inexac d'autre part, parce qu'au terme vague de rhumatisme doit être substitué celui plus précis d'arthrite, les travaux modernes ayant montré l'existence constante de lésions articulaires plus ou moins accusées.

Nous décrirons donc l'évolution des idées sur le rhumatisme puerpéral au cours du siècle dernier. Nous nous attacherons à reprendre cliniquement les deux variétés d'arthrite gonococcique et streptococcique qui s'opposent plus en théorie qu'en pratique et les recherches de laboratoire qui permettent plus sûrement de les identifier.

Nous remercions à cette occasion M. le professeur agrégé Mondor qui nous a donné ce sujet de thèse et nous a aidé de son importante documentation sur les

arthrites blennhorragiques. Nous remercions M. le professeur Couvelaire qui nous a communiqué des observations de la clinique Baudelocque ; M. le Professeur Rudaux et M. le docteur Lemeland qui nous ont permis de publier quelques intéressantes observations de leur service.

Nous remercions nos camarades Jean Ravina, chef de clinique à Baudelocque, Peytavin interne des hôpitaux et Digonnet, aide de clinique à la Maternité qui nous a aidé dans la partie bactériologique de cet ouvrage.

CHAPITRE II

HISTORIQUE.
ÉTUDES ANTÉRIEURES A 1898

La première fois que l'on trouve mentionnée la coexistence de rhumatisme et de grossesse est la thèse de Charcot 1853. Il n'attache du reste aucune importance particulière à cette coïncidence et ne la relève que comme le réveil d'une diathèse rhumatismale à l'occasion de la puerpéralité.

C'est du reste à cette époque et pendant une vingtaine d'années la théorie la plus admise que celle d'une diathèse rhumatismale qui trouve dans la puerpéralité pour les uns un réveil, pour les autres sa cause immédiate.

En dehors des discussions pathogéniques on retrouve les descriptions cliniques de Simpson en 1854, puis en 1856, qui dans ce dernier mémoire crée le terme de rhumatisme puerpéral.

En 1858, Thoweat refait à nouveau une description très complète de la question. Mais son mémoire est un peu

confus car l'auteur ne distingue pas les rhumatismes infectieux aigus des arthrites tuberculeuses et autres.

En France on vivait alors sur les idées d'Ollier. Pour lui il n'y a pas d'arthrite puerpérale. En réalité les arthrites sont de deux sortes.

Ou bien ce sont des arthrites rhumatismales ordinaires qui se développent après l'accouchement mais ne revêtent pour cela aucun caractère particulier, ou bien ce sont des arthrites pyohémiques consécutives à la phlébite de sinus utérins. Il n'y a pas d'arthrites liées à cet état et par suite comportant un cachet spécial.

Comme toutes les affections débilitantes l'état puerpéral expose les articulations à subir l'influence du froid surtout lorsqu'il y a une disposition rhumatismale héréditaire ou acquise. L'appauvrissement du sang, la pléthore séreuse des femmes nouvellement accouchées modifient la physionomie de l'arthrite mais ne les créent pas, et bien que les arthrites arrivent plus facilement à la suppuration que les arthrites rhumatismales ordinaires, il ne faut pas y voir pour cela une différence de nature.

En 1866 à la Société Médicale des Hôpitaux la discussion fut ouverte sur la spécificité du rhumatisme blennorragique à propos de la communication de Pëter, Pëter soutenant la coïncidence d'un état blennhorragique et d'un état rhumatismal.

A ce propos Lorain attira l'attention sur l'état génital dans cette étiologie.

Chez l'homme et chez la femme il se produit souvent par les organes génitaux externes un écoulement catarrhal ou purulent de nature blennhorragique ou non qui par sa seule

présence est susceptible de réclamer notre attention. Ces accidents n'ont une durée aussi longue que parce qu'ils sont sous l'influence d'un vice constitutionnel acquis et passager dans la blennorragie, héréditaire ou autre dans les cas de flueurs blanches chez ces malades, nous avons à redouter des complications articulaires névralgiques, ou viscérales, qui, dans leur ensemble ou dans leur forme se rapprochent des manifestations arthritiques, mais qui à d'autres points de vue s'en éloignent beaucoup.

Lorain y rattache les complications articulaires survenues au cours de la grossesse et chez les femmes nouvellement accouchées. L'état génital se trouve en effet dans ces derniers cas jusqu'à un certain point modifié par l'influence puerpérale.

Plus tard même (*Gazette des hôpitaux* 1875) il dit précisant encore sa pensée :

Avant l'accouchement déjà il existe chez la femme enceinte un état morbide des voies génito-urinaires qui plus ou moins marqué peut les prédisposer à des arthrites analogues aux arthrites blennhorragiques. Le col utérin, le vagin ne sont pas seuls en cause, chez la plupart il existe un certain degré d'urétrite. En effet ayant examiné à ce propos toutes les femmes entrées dans mon service pour y accoucher, j'ai montré que même fort peu après la miction on pouvait faire sourdre de l'urètre une gouttelette d'un liquide blanchâtre semblable à du pus.

Ce ne serait point dû à la coexistence de quelque ancienne blennnorragie réveillée par la congestion générale de la muqueuse due à la grossesse. Le pus urétral de même que le pus qui s'écoule en quantité souvent considérable du col utérin et qui baigne le vagin serait le résultat normal de la grossesse.

M. Lorain n'en doute pas car il a obtenu de mêmes écoulements chez des femmes incontestablement saines de sa clientèle. Aussi la femme enceinte est-elle à ses yeux toujours une femme malade en ce qui concerne les organes génito-urinaires. Le rhumatisme génital est chez elle aussi peu surprenant que chez un homme qui vient d'être sondé.

Et repoussant le terme de rhumatisme blennhorragique Lorain voit l'origine de l'arthrite puerpérale dans l'état génital de la femme

Si nous insistons sur ces théories c'est que malgré l'opinion d'Hervieux, elles ont dominé toutes les idées sur le rhumatisme pendant 20 ans.

En effet il inspire successivement sur ce sujet les thèses de Vaille, Tison, Alexandre, Brauenberger.

Vaille en 1867 développe les idées de Lorain. Au point de vue étiologique, cliniquement il lui reconnaît des caractères analogues au rhumatisme blennhorragique mais une tendance à la purulence pendant les suites de couches « état dû à la diathèse puerpérale ».

Brauenberger en 1870 sépare les arthrites de la grossesse où il voit l'influence de l'état général et les arthrites du puerpérisme infectieux dont il donne une intéressante description.

Tison en 1876 dans une thèse inspirée par Verneuil fait une revue très complète du rhumatisme puerpéral et pense que la grossesse agit de deux manières dans la production du rhumatisme : par le changement profond que la fécondation amène dans l'état génital de la femme et par l'écoulement qui existe chez la plupart des femmes enceintes.

Alexandre en 1883 s'occupe de préférence des arthrites anciennes réveillées par la grossesse. Il voit une influence à point de départ nerveux sur le rhumatisme et se ralliant aux idées de Lorain et Tison sur l'influence de l'écoulement leucorrhéique, il y voit d'autre part une cause dans l'excitation locale de l'utérus gravide.

Cependant Hervieux en 1858 d'abord dans la *Gazette Médicale*, puis en 1866 dans une réponse à Peter et Lorain et enfin en 1870 dans son Traité sur la maladie puerpérale souligne la parenté de ces arthrites avec la blennhorragie.

Reprenant les caractères du rhumatisme blennhorragique il en démontre la spécificité clinique. Il démembre le rhumatisme génital de Lorain chez la femme enceinte et décrit 3 formes.

La première catégorie comprend le rhumatisme articulaire vrai. L'état puerpéral en raison de l'appauvrissement qu'il détermine dans l'organisme livre pour ainsi dire celui-ci plus débile et plus désarmé à l'action de toutes les causes susceptibles de développer ou réveiller les diathèses rhumatismales. L'état général n'a rien à voir dans ce cas.

La deuxième variété est relative à ces douleurs articulaires qui reconnaissent pour cause avérée incontestable, la phlébite et l'infection purulente. Elle reconnaît pour cause un empoisonnement résultant de la viciation du milieu où les malades sont plongés.

Quant à la troisième variété qui se rapporte à l'arthrite mono-articulaire des femmes en couches, il se

rallie à l'opinion de Lorain. Il rapproche les caractères de cette arthrite puerpérale de ceux de l'arthrite blennorrhagique mais n'ose pas conclure à leur identité faute d'avoir trouvé constamment des lésions blennhorragiques.

Le premier donc, Hervieux pressent la parenté de certaines formes de l'arthrite puerpérale au cours de la grossesse et de l'arthrite blennhorragique. Le premier enfin il sépare nettement le rhumatisme blennhorragique de l'arthrite purulente post-puerpérale liée à la diathèse purulente.

A la suite de ces travaux, les théories de l'identité des rhumatismes, puerpéral et gonococcique et celle de l'existence d'un rhumatisme génital vont à nouveau s'affronter.

Nous citerons à ce propos la thèse de Barral 1885, qui recherche avec soin les différences avec le rhumatisme blennhorragique.

Le travail de Fournier, en 1885, qui décrit les diverses formes d'arthrites blennhorragiques.

Les thèses de Celles 1885 et de Georgiadès sur le même sujet n'amènent aucun élément nouveau.

Nous citerons enfin deux thèses : celle de Benj. Dubois (1879) qui dans une étude très complète met au point la question des arthrites pelviennes et la thèse de Cubertafon qui, sur le même sujet oppose avec soin les arthrites de la grossesse non purulentes et celles des suites de couches purulentes confondant dans une même description les arthrites traumatiques pyohémiques post-puerpérales et gonococciques.

Mais de plus en plus l'entité clinique du rhumatisme blennhorragique s'affirme et en 1881 paraît la magistrale description de la mono-arthrite pseudo-phlegmoneuse dans la thèse de Brun inspirée par Duplay.

Bouchard, dans son Traité sur les maladies de la nutrition, discute de l'existence d'un rhumatisme puerpéral.

On décrit sous le nom de rhumatisme de la grossesse une inflammation le plus souvent monoarticulaire avec tendance à l'ankylose qui ressemble étrangement au rhumatisme blennhorragique ; qui n'est certainement pas du rhumatisme vrai et que j'ai bien de la peine à considérer comme gravidique. Je me fonde sur l'extrême rareté de ce rhumatisme comparé à l'extrême fréquence de la grossesse.

Enfin en 1884 paraît la thèse de Patenostre qui le premier sur des arguments purement cliniques affirme l'identité d'une certaine forme d'arthrite gonococcique et de l'arthrite puerpérale. Il affirme leur identité et les distingue des arthrites succédant à une métropéritonite. Il reprend la description de Brun et démontre à l'aide d'observations personnelles l'identité.

Ce n'est cependant que longtemps après que l'identité de la majorité des arthrites puerpérales et des arthrites blennhorragiques sera démontrée. Il faut pour cela la découverte du gonocoque de Neisser et l'extension des méthodes bactériologiques modernes.

CHAPITRE III

HISTORIQUE — ETUDES MODERNES

Les premiers articles en date rénovant complètement la question des arthrites de la grossesse sont en France ceux de Lefour et Fieux puis de Bar dans une magistrale leçon clinique publiée dans la *Presse Médicale* de 1895. Mais surtout la démonstration de Bégouin en 1898 à la Société de gynécologie à Bordeaux.

Bar, en 1895, à l'occasion de deux observations personnelles, présente une clinique très documentée où il insiste surtout sur le rôle important du laboratoire dans le diagnostic étiologique de la blennhorragie dans les arthrites puerpérales.

Bégouin s'attache à démontrer dans un exposé très clair et très précis, l'identité absolue des deux rhumatismes. Il recherche d'abord dans l'historique les arguments mis en valeur par Lorain sur l'état génital, par Patenostre sur l'identité clinique : il précise les caractères cliniques et la fréquence du rhumatisme puerpéral. Il apporte enfin la preuve bactériologique.

A partir de ce moment, le rhumatisme puerpéral a vécu.

Tous les auteurs acceptent l'identité. Cumston en 1899, dans son article du *Boston Surgical and obstetrical journal* sur la gonococcie au cours de la puerpéralité.

Lop en 1902 publie une observation sur la question.

Peu après, Mosny et Beaufumé y consacrent un article dans la Tribune médicale à propos d'une observation d'arthrite purulente à gonocoque.

Pasturel sur ces entrefaites décrit en 1904 les arthrites infectieuses puerpérales qu'il attribue uniquement au streptocoque.

Delmas et Roger en 1908 à propos d'une observation clinique essayent de prouver que le rhumatisme de la grossesse est toujours gonococcique, le rhumatisme post-puerperal toujours streptococcique.

Depuis 1908 on ne trouve plus que quelques allusions à la question. Dans la thèse de Dujol (Lyon, 1912) sur la gonococcie au cours de la grossesse il ne fait que citer la possibilité des arthrites gonococciques.

En 1921 Fresnay reprend la question du rhumatisme blennhorragique au cours de la puerpéralité et publie une importante statistique.

En 1923, Royston publie 3 observations et une étude complète sur les arthrites gonococciques.

Enfin M. Mondor au Congrès de Chirurgie de 1926 dans son rapport sur les arthrites gonococciques, donne un aperçu sur les arthrites puerpérales dont la nature gonococcique lui paraît indiscutable.

Tel est l'état actuel de la question.

Le rhumatisme puerpéral n'existe plus. Les recherches modernes l'ont peu à peu fait rentrer dans le cadre de l'arthrite gonococcique ou de l'arthrite à streptocoque.

CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE

A. — Étiologie générale

Les arthrites qui surviennent au cours de l'état puerperal sont d'une fréquence très différemment appréciée par les auteurs. On s'accorde cependant en général à les considérer comme assez rares. Mais seuls les travaux modernes éclairés par les recherches bactériologiques ont pu fixer d'une manière plus précise leur fréquence et leur aspect.

En effet, autrefois on faisait rentrer ainsi que nous avons essayé de le montrer dans ce cadre de rhumatisme puerpéral bien des affections qui se rattachaient tant au rhumatisme articulaire aigu qu'au rhumatisme tuberculeux qui en réalité ne peuvent rentrer dans notre description.

Si nous considérons actuellement les arthrites dont l'existence clinique et bactériologique est bien établie et dont les rapports avec l'état puerpéral ne sont pas contestables nous ne pouvons en réalité retenir que des

arthrites à gonocoque d'une part, des arthrites à streptocoque d'autre part.

Les premières correspondent aux arthrites de l'ancien rhumatisme puerpéral que Lorain appelait rhumatisme génital et à l'origine desquels il trouvait toujours de la leucorrhée. Les autres correspondent à l'infection puerpérale et ne sont qu'une métastase de celle-ci au niveau des articulations.

S'il existe dans la « maladie puerpérale » d'autres microbes en cause : colibacille, staphylocoque, nous n'avons pas trouvé d'observations d'arthrites où l'un de ces microbes soit en cause.

Les arthrites de la puerpéralité se voient à deux époques bien différentes que nous étudierons séparément : au cours de la grossesse, au cours des suites de couches.

Au cours de la grossesse : les arthrites de la grossesse que nous avons pu recueillir dans les divers articles publiés et dans les observations qui nous ont été communiquées sont toutes d'origine gonococcique indiscutable.

Du reste l'unanimité est faite à ce sujet : Lefour et Fieux en 1896, Bar en 1895 et surtout Bégouin en 1898 en ont apporté la preuve clinique et bactériologique. Begouin s'attache à rechercher dans les 42 observations qu'il a recueillies, l'état génital. Il démontre l'identité de l'évolution vers l'ankylose, sa localisation monoarticulaire. Il recherche enfin le premier avec soin l'état oculaire de l'enfant et la blennhorragie du procréateur.

Mieux que cela il fournit 6 observations de Bar, Lefour et Fieux et de lui-même où les examens bactériologiques ont apporté la preuve indiscutable : le gonocoque.

Actuellement l'identité n'est plus contestée et nous lisons dans le Ribemont-Dessaignes, Lepage et Le Lorier.

Il s'agit toujours de rhumatisme blennhorragique à distinguer du rhumatisme articulaire aigu et des arthrites par septicémie. Il est caractérisé par sa localisation à une ou deux articulations, la lenteur de son évolution, sa tendance à l'ankylose

Ce sont, de même, les opinions soutenues dans les manuels classiques et modernes.

Dans les suites de couches : là encore la blennhorragie reste la cause la plus fréquente des arthrites que l'on peut observer. Mais elle ne reste pas seule en cause. Bégouin, Bar, dans leurs articles, semblent la considérer comme la plus fréquente et ne distinguent pas dans leur description clinique l'arthrite du post-partum de l'arthrite de la grossesse. Son allure clinique est identique, ses causes sont les mêmes et parmi les 42 observations citées, 18 sont des arthrites des suites de couches.

Ils apportent la preuve indiscutable d'arthrite gonococcique dans les suites de couches. Opinion que Lop confirme en 1902 en publiant une observation d'arthrite du post-partum.

Pasturel s'attache dans sa thèse à décrire les arthrites à streptocoque survenant au cours d'une infection puerpérale. Il en cite plusieurs observations et en donne une description très complète, mais semble ne considérer les arthrites gonococciques que comme une exception réservant le terme d'arthrite puerpérale aux arthrites à streptocoque.

On ne saurait enfin se rallier à l'opinion de Delmas et Roger qui reprennent la question dans un article de la *Gazette des Hôpitaux* à l'occasion d'une observation personnelle. Ils défendent l'origine gonococcique des arthrites de la grossesse et attribuent au streptocoque toutes les arthrites du post-partum, théorie qui semble difficile à soutenir après les articles de Lop et Bégouin.

Prenant séparément chacune de ces deux variétés d'arthrite, à gonocoque et à streptocoque, nous étudierons successivement leur fréquence et leurs conditions d'apparition.

B. — Étiologie des arthrites gonococciques

S'il est incontestable que les arthrites gonococciques se développent particulièrement au cours de la grossesse, leur fréquence a été très diversement appréciée. Il faut tenir compte pour cela de la difficulté souvent très considérable que l'on a à découvrir la blennhorragie chez la femme et certains écoulements leucorrhéiques fréquents chez la femme enceinte peuvent être pris pour des écoulements blennhorragiques et récipro-

quement. Ces difficultés expliquent la grande différence des chiffres obtenus.

Fréquence de la blennohorragie au cours de la grossesse :

Dans sa statistique de 1900 Léa admet que 26,7 % des femmes enceintes sont blennhorragiques. Mais il base sa statistique sur les cas où les enfants ont eu une ophtalmie blennhorragique, ce qui laisse de grosses causes d'erreur.

Léa (1900)	26,7
Fruhinsholz (1902)	37 %
Dujol (1913)	20 %
Cumston (1899)	21 %
Albrecht	23 %
Oppenheimer (examens cliniques)	27 %

Voici quelques statistiques basées sur des examens bactériologiques cités par Royston.

Gurd	52 femmes sur 113
Léopold et Stevenson	20 %
Royston	3 %

Ce dernier chiffre est infiniment trop faible en regard des autres. Il semble que l'on puisse se rallier au chiffre de 25 %.

Fréquence des arthrites blennhorragiques au cours de la blennhorragie puerpérale :

Léa (statistique de 1900) : 3,6 % cas de blennhorragie.

Fruhinsholz (1902) : 2,25 %, statistique de 1902 portant sur 266 cas.

Fresnay (1921) admet 3,71 en moyenne.

Par rapport au nombre d'accouchements cela fait :

1 pour 600	Bégouin
1 pour 3000	Royston

Pour la majorité des auteurs (statistiques de Fresnay) il faut admettre 1 cas pour 400.

Si l'on admet que le rhumatisme gonococcique survient dans 2 % des cas de blennhorragie en dehors de la grossesse, on voit que celui-ci est incontestablement plus fréquent au cours de la grossesse.

De même les observations des anciens auteurs Lorain, Vaille, Patenostre lui reconnaissaient une particulière fréquence d'une part, à la fin de la grossesse, d'autre part, peu après l'accouchement.

Fresnay dans une statistique qui porte sur 82 cas lui reconnaît une particulière fréquence au cours du 4e mois et entre les 7e et 8 mois pendant la grossesse. Du 3e au 5 jour pendant les suites de couches.

Dans cette même statistique Fresnay enfin reconnaît une fréquence considérablement plus grande chez les primipares et secondipares (70 cas sur 82).

Ce résultat n'a rien qui doit surprendre si l'on considère que la blennhorragie est cause de lésions salpingiennes et de la stérilité. Dujol fait en effet remarquer que si la blennhorragie n'empêche pas la grossesse, on voit rarement plus de deux grossesses chez les blennhorragiques, l'endométrite chronique qui en est le

résultat et l'obturation des trompes empêchent en effet le plus souvent toute fécondation ultérieure.

Il est intéressant enfin de rechercher pourquoi les arthrites blennhorragiques ont une fréquence toute particulière à la fin de la grossesse et dans les premiers jours des suites de couche.

La puerpéralité y prédispose-t-elle par un état quelconque. Les anciens auteurs déjà avaient signalé que l'appauvrissement du sang, la pléthore séreuse des femmes nouvellement accouchées modifient la physionomie de l'arthrite (Ollier).

Hervieux y voit aussi une résistance diminuée de l'organisme « ramollissement des tissus ».

Bumm en 1895 démontre que, à l'occasion de la grossesse, le gonocoque peut pénétrer dans la muqueuse utérine et de là dans le torrent circulatoire.

Von Steimbackel constate que sous l'influence de la grossesse, il y a diminution de la résistance de l'organisme et prédisposition à la généralisation de l'infection.

De Lee établit que dans la gonococcie puerpérale, grâce à la succulence des tissus, le gonocoque attaque l'épithélium de la vulve et vagin en plus de l'urètre et du col. Le vagin est épais, granuleux, le col est gonflé, ulcéré et facilement vulnérable. Et il établit plus loin que cette aggravation des lésions et ce réveil de la gonococcie aiguë pendant la gestation peuvent être cause de rhumatisme.

Fruhinsholz dans sa thèse de 1902 voit d'une part sous l'influence de la grossesse « une imbibition parti-

culière des tissus, une alcalinité spéciale des tissus ». Mais d'autre part par des examens répétés il a trouvé une multiplication de gonocoque du 7e au 10e jour des suites de couches.

Cette exagération des lésions, l'augmentation de la virulence du gonocoque expliquent donc la fréquence des arthrites blennhorragiques de la puerpéralité.

Norris dans son travail sur la blennhorragie fait de l'arthrite une localisation d'une affection générale, le gonocoque étant transmis par le sang.

Thuyer et Blummer en 1896 trouvent le gonocoque dans le sang et établissent les premiers, l'existence de la septicémie gonococcique. Lofaro croit du reste que c'est dans le cas où le gonocoque est particulièrement virulent qu'il peut pénétrer dans le sang et cultiver. Le même auteur montre que la grossesse exagérant la congestion des tissus génitaux prédispose à cette généralisation :

Il s'agit, semble-t-il, d'une infection blennhorragique généralisée sous l'influence de la puerpéralité.

Les cas d'endocardite à gonocoque relevé par Dabney et Harris, Smith d'autre part, sous l'influence de la puerpéralité, sont une preuve de la réalité de cette infection généralisée.

Poussin, dans sa thèse de 1917, recherche les cas de septicémie puerpérale à gonocoque vérifiée par l'hémoculture. Sur 250 cas de septicémie clinique, il trouve 82 hémocultures positives dont 7 à gonocoque. Ce qui, après les observations des auteurs allemands (König),

semble bien prouver la réalité de cette septicémie. Parmi les 7 observations de Poussin il n'y en a que 2 qui s'accompagnent d'arthrites. En effet les cas d'arthrite avec hémoculture positive sont exceptionnels. Cela tient d'après les observations de Custom (1899) à ce que l'hémoculture cesse d'être positive lorsque l'arthrite paraît et que le seul témoin clinique de cette septicémie est la phase de polyarthrite qui est comme nous le verrons excessivement fréquente.

En résumé, il faut voir à l'origine de cette fréquence de l'arthrite, à gonocoque, d'une part la modification des tissus sous l'influence de la puerpéralité qui prédispose à la pénétration des gonocoques dans la circulation, et d'autre part la prolifération exagérée du gonocoque dans les derniers mois de la grossesse et les premiers jours du post-partum.

C. — **Arthrites à streptocoque**

L'existence des arthrites à streptocoque est à l'heure actuelle admise par tous les auteurs. Elle est en général considérée comme une manifestation de l'infection puerpérale généralisée. Il est en effet d'observation courante que l'on voit des arthrites au cours des infections puerpérales. Elle est à peine mentionnée par les auteurs classiques qui ne la considèrent que comme un épiphénomène au cours de ces affections.

Cette opinion est du reste confirmée par les observations que nous avons retrouvées et par la thèse de Pasturel (1904). Nous observons en effet qu'il est

exceptionnel de voir apparaître l'arthrite comme une manifestation isolée, mais au contraire il est beaucoup plus fréquent de la voir apparaître comme localisation secondaire d'une septicemie puerpérale parfois marquée, parfois atténuée. Dans quelques cas elle est au premier plan et seuls l'interrogatoire et l'examen permettent de mettre en évidence la porte d'entrée.

Pour Pasturel en effet, il s'agit dans un premier ordre de faits: d'une lésion locale accompagnant une endométrite puerpérale aiguë, une phlébite péri-utérine s'accompagnant ultérieurement parfois très longtemps après d'une localisation articulaire à type métastatique.

Dans la deuxième catégorie, la phase d'arthrite a été précédée de phénomènes généraux à type septicémique et là encore le point de départ est utérin et peut être retrouvé par la persistance d'un utérus un peu gros et douloureux d'une involution retardée.

Dans une troisième catégorie Pasturel reconnaît des abcès très tardifs qui seraient secondaires à une localisation dans le ligament large qui secondairement donnerait une métastase articulaire (obs. n° 78).

Cette origine semble assez rare et dans l'observation précitée il conviendrait de savoir s'il ne s'agit pas en réalité de deux localisations métastatiques successives.

Cette étiologie septicémique pourrait être prouvée par l'hémoculture. Les observations que nous avons recueillies ne sont pas toutes accompagnées d'examens sanguins bactériologiques. Nous ne pouvons donc pas

avoir une idée très précise à ce sujet. Pasturel cite l'hémoculture comme un bon procédé mais ne rapporte pas de cas à hémoculture positive.

Il cite du reste dans sa thèse l'opinion de divers auteurs et en particulier de Prochnwicz qui a étudié la valeur pronostique des examens du sang dans les infections puerpérales.

Toutes les femmes dans le sang desquelles a été retrouvé du streptocoque sont mortes Toutes celles chez qui l'examen du sang répété à plusieurs reprises a été négatif ont guéri malgré l'existence d'infection à allure grave.

Quelque absolue que soit cette opinion il semble en effet que le streptocoque ne soit pas retrouvé dans le sang aussi souvent que l'on semble en droit de l'attendre. Sur 250 cas d'infection puerpérale où la recherche du streptocoque dans le sang a été faite systématiquement, il n'a été retrouvé que 82 fois. Il est exact que dans ces cas le pronostic a été toujours plus grave (Poussin).

Parmi les cas d'infection puerpérale à allure septico-pyohémique que nous avons observés, et où l'hémoculture a été pratiquée à répétition, nous n'avons eu que quelques rares cas positifs et le plus souvent à la période toute terminale.

Cependant la nature septicémique de l'affection semble bien prouvée par l'allure générale de l'affection dans les premiers jours.

L'étiologie de l'arthrite à streptocoque comme pour l'arthrite à gonocoque doit donc être recherchée au niveau de la porte d'entrée utérine et les conditions

d'apparition sont les mêmes que celles de toute infection puerpérale :

Traumatisme utérin ou vaginal, escarres, travail long, rupture précoce des membranes qui favorise l'infection de la muqueuse utérine, et la septico-pyohémie.

L'antisepsie, le développement des méthodes opératoires qui a diminué considérablement l'infection puerpérale expliquent parallèllement la diminution du nombre des arthrites à streptocoques.

Il reste difficile cependant d'expliquer pourquoi la localisation se fait au niveau d'une articulation. Celle-ci n'a cependant que la valeur d'une localisation pyohémique banale comme un abcès du poumon, du cerveau...

Il faut cependant reconnaître que les grosses articulations sont plus souvent prises, le côté droit plus atteint que le gauche, ce qui est expliqué par le travail plus actif de ce côté. On insiste également comme cause adjuvantes sur le froid et le traumatisme. Enfin nous insisterons tout spécialement sur les localisations au niveau des articulations du bassin qui par suite de la distension et de la fatigue de la grossesse sont plus que toutes autres exposées à être une localisation articulaire. (Thèses de Dubois, Cubertafon, Louvet) dont nous reproduisons plus loin les observations.

Nous décrirons successivement les arthrites gonococciques, et les arthrites streptococciques, nous proposant de revenir dans un chapitre ultérieur sur les difficultés souvent grandes de diagnostic entre ces deux variétés. Il a été donné de très nombreuses descriptions des arthrites. Les idées ont varié sur ce sujet à mesure que des descriptions plus précises en ont été données. Les formes cliniques en varient à l'infini suivant l'allure et la localisation articulaire.

CHAPITRE V

LES ARTHRITES GONOCOCCIQUES

A. — Classification

Qu'elles surviennent au cours de la grossesse ou dans les suites de couches, l'aspect clinique en est peu modifié.

L'époque d'apparition n'a aucune influence sur l'allure clinique de l'arthrite et l'on peut retrouver toutes les formes qui ont été décrites comme appartenant à l'arthrite gonococcique.

Depuis longtemps déjà les auteurs classiques avaient été frappés cependant des caractères communs à toutes ces arthrites qui leur donnaient une unité clinique et avant l'ère bactériologique permettaient de décrire ce rhumatisme comme une entité clinique indiscutable.

Bégouin en 1898 résume ces caractères en insistant sur :

1° l'allure chronique, la lenteur de l'évolution qui atteint plusieurs mois.

2° la tendance de la localisation monoarticulaire ;

3° le peu de réaction générale ;

4° la tendance à l'ankylose et l'atrophie musculaire.

Tous ces caractères sur lesquels il insiste, se re-

trouvent en effet dans presque toutes les observations que nous avons pu réunir.

Il rapproche ces formes cliniques de celles décrites par Fournier en 1885 et comme lui distingue :

L'hydarthrose, les arthrites aiguës et les arthrites chroniques d'emblée.

Cette description classique a été adoptée par tous les auteurs, mais en recherchant les diverses observations publiées sur le rhumatisme puerpéral nous avons constaté la très grande fréquence des formes aiguës passant ultérieurement à la chronicité.

Du reste, reprenant la question au Congrès de Chirurgie de 1926, M. Mondor insiste également sur la remarquable fréquence de ces formes aiguës.

Il précise certains caractères des arthrites et insiste sur certaines formes mal étudiées et plus fréquentes que ne le pensaient les classiques.

Il faut, dit il, bannir le terme de rhumatisme dont on a baptisé dans le vague et la mollesse une lésion infectieuse mordante et par la faute duquel tant de malades ont perdu la fonction d'un genou et d'un coude. La localisation articulaire, c'est l'arthrite.

En effet sans nier la réalité des formes arthralgiques et septicémiques pures, elles sont certainement peu fréquentes dans les formes puerpérales. Mais surtout elles sont souvent le prélude de formes monoarticulaires apparaissant ultérieurement qui signeraient le diagnostic de la blennhorragie lors de leur apparition, diagnostic malheureusement souvent trop tardif.

Les manifestations polyarticulaires arthralgiques sont un des modes de début les plus fréquents de l'arthrite puerpérale blennhorragique et un interrogatoire permet presque toujours de le retrouver.

B. — **Modes de début. Date d'apparition**

Il ressort des diverses statistiques publiées que les premières manifestations de l'arthrite gonococcique surviennent vers la fin de la grossesse au moment où le gonoccoque devient peut-être plus virulent — 25 cas sur 50 dans les trois derniers mois d'après Fresnay — et d'autre part dans les premiers jours des suites de couches.

C'est donc à ce moment qu'il faut guetter les manifestations de début de l'arthrite chez toute femme qui présente une leucorrhée un peu accentué surtout s'il y a en même temps cystite. En un mot si l'on retrouve des signes de réveil d'une blennhorragie latente ou d'une blennhorragie nouvelle exaspérée par la puerpéralité (Dujol).

Le plus souvent le début est insidieux marqué par de la polyarthrite. M. Mondor insiste beaucoup dans son rapport sur la fréquence de ce début (97 sur 118 cas), Dans les observations que nous avons recueillies nous trouvons ce début dans 58 % des cas (statistique de 69 cas).

Toutes les articulations peuvent être prises successivement et nous notons épaule, coude, genou, articulation du poignet et du cou, avec une remarquable fré-

quence. Il s'agit le plus souvent d'arthralgie simple. Parfois un léger gonflement articulaire avec impotence.

L'état général est souvent peu atteint et c'est là un symptôme important. On note fréquemment cependant des frissons répétés et une fièvre légère qui restent les seuls témoins de la phase septicémique.

Si nous insistons particulièrement sur cette phase c'est à cause de la difficulté de son diagnostic.

Il faut retenir :

Les similitudes du rhumatisme articulaire aigu et de la polyarthrite blennhorragique afin de ne jamais se croire autorisé à nier d'emblée cette dernière et cela sur la foi de petits signes trop vantés (angine, sueurs profuses, herpès).

Il est impossible à cette phase de savoir quel sera l'articulation touchée par la monoarthrite. Parfois c'est la première prise en date, parfois c'est une articulation touchée dès le début mais qui paraissait peu atteinte.

Parfois au contraire le début est brutal se localisant d'emblée sur une articulation qui reste la seule prise — ce début est souvent très douloureux, parfois fébrile — et c'est d'emblée la phase d'état.

Mais ce début est-il réel ? Un interrogatoire précis permet souvent de noter les jours précédents quelques douleurs articulaires vagues.

Et l'on ne saurait trop à ce propos rappeler que l'on a dit :

Si la polyarthrite a été légère, vite migratrice, vite oubliée, la monoarthrite est aiguë, violente, atrocement dou-

loureuse. Si la polyarthrite a été vive, violente, prolongée, la monoarthrite terminale n'a pas les caractères aigus brutaux que nous verrons.

Quoi qu'il en soit, cette phase passée, la monoarthrite se développe avec tous ses caractères classiques.

C. — **Phase de monoarthrite**

Le terme de monoarthrite est juste en ce sens qu'il précise l'atteinte plus manifeste d'une articulation et la fixation de l'infection en ce point. Il est inexact si l'on veut voir dans ce terme la localisation à une seule articulation. Car, comme on pourra le voir dans plusieurs de nos observations, il y a souvent plusieurs articulations touchées à la fois par l'arthrite, soit en même temps, soit successivement.

Classiquement ces formes de monoarthrite se résumaient à deux : l'hydarthrose ou gonocèle de Swediaur avec son évolution lente récidivante peu douloureuse.

Le forme périarticulaire dite pseudo-phlegmoneuse de Duplay et Brun. Celle-ci considérée comme la plus fréquente et la plus typique.

A ces deux variétés les auteurs modernes en ajoutent une considérée autrefois comme exceptionnelle (niée par Rollet), c'est l'arthrite purulente. On verra par les observations publiées que, en réalité, cette forme est beaucoup moins rare que l'on ne le pense. Dubois en 1879 et Cubertafon pensent du reste que la puerpéralité prédispose à la diathèse purulente et que ces formes sont surtout fréquentes dans le post-partum,

mais il est vrai que ces auteurs confondaient les arthrites gono et strepto dans une même description.

L'hydarthrose pure est enfin de plus en plus considérée comme rare et son importance est reléguée au second plan.

M. Mondor considère alors deux formes essentielles de monoarthrite. L'arthrite avec épanchement qu'il substitue au titre d'hydarthrose mal choisi.

« Le liquide articulaire est toujours séro fibrineux ou » purulent, jamais séreux ou citrin ».

Il y oppose la forme pseudo-phlegmoneuse de Brun restée jusqu'à présent classique.

D. — **Formes avec épanchement**

C'est le cas d'un grand nombre des observations ci-jointes. Sur 69 cas nous en avons 23 dont 9 au cours de la grossesse et 14 dans les suites de couches.

Dans ces cas la localisation la plus fréquente est une grosse articulation. Nous ne relevons qu'une seule observation d'arthrite purulente puerpérale sterno-claviculaire (observation personnelle n° 57).

Le plus souvent c'est une grosse articulation qui est prise : genou, coude, hanche, poignet.

Le début dans la plupart des cas se fait par polyarthrite (obs. n^{os} 1, 2). Plus rarement par monoarthrite (n^{os} 7 et 8).

Nous n'insisterons pas outre mesure sur la symptomatologie classique de ces arthrites qui s'accompagnent de douleurs vives, de gonflement intense. L'atrophie mus-

culaire très marquée le fait ressortir davantage. L'impotence fonctionnelle y est complète, souvent au premier plan. Lorsque l'affection atteint une articulation profonde (hanche), l'impotence, la douleur, le gonflement souvent étendu à distance, peuvent faire croire à une phlébite.

Nous insisterons cependant sur la longueur de l'évolution, vers une collection articulaire nette. Dans le cas de Langeron et Delcour (obs. 74), ce n'est que 15 jours après le début que le gonflement articulaire du genou droit a été assez marqué pour justifier une ponction articulaire.

La durée totale de l'évolution même avec une arthrotomie est longue (2 à 3 mois) et sans arthrotomie une moyenne de cinq mois. La durée est cependant difficile à apprécier car le passage se fait dans ces cas non traités chirurgicalement vers la raideur ou l'ankylose et une évolution clinique de durée indéfinie.

Enfin la ponction articulaire donne le plus souvent des renseignements précieux. Nous avons retrouvé 21 observations d'arthrite avec épanchement vrai. Dans quatre de celles-ci le liquide est décrit comme louche ou séro-purulent avec léger trouble. Dans les autres il est le plus souvent franchement purulent, mal lié, grumeleux pour les uns, homogène pour Langeron et Delcour.

On voit donc que dans l'immense majorité des cas d'arthrite avec épanchement il s'agit d'arthrite purulente.

Parfois les arthrites purulentes surviennent en plusieurs points (coude, hanche), (genou et hanche. Langeron).

Il est enfin intéressant de noter qu'elles sont plus fréquemment purulentes dans les suites de couches qu'au cours de la grossesse. Notions sur lesquelles avaient insisté Patenôtre, Vaille, Cubertafon.

L'évolution spontanée se fait rarement vers la résorption en dehors du traitement chirurgical. Parfois il se fait vers l'ouverture spontanée, et on le voit fuser dans les muscles voisins.

Le plus souvent en dehors du traitement il aboutit à une ankylose.

Malgré l'importance de l'épanchement et sa purulence les signes généraux sont relativement peu marqués. Si dans quelques cas on note une température élevée aux environs de 39 qui du reste persiste peu, le plus souvent l'état général est peu atteint.

Dans l'observation de Vaille cependant où la preuve de la gonococcie semble devoir être apportée par le témoignage d'une ophtalmie du nouveau-né, les signes généraux furent suffisamment accentués pour faire penser à une infection puerpérale.

D. — Forme pseudo-phlegmoneuse. (Duplay et Brun)

Cette forme est de beaucoup la plus fréquente des formes cliniques de l'arthrite gonococcique. Elle présente de ce fait un très gros intérêt. Au point de vue historique, on ne doit pas oublier que c'est la première à l'occasion de laquelle a été affirmée l'identité de l'arthrite gonococcique avec l'arthrite puerpérale (Patenostre, 1884).

En effet dans son allure générale comme dans son pronostic, cette forme d'arthrite puerpérale ne se distingue en rien de l'arthrite aiguë. Nous ne pouvons mieux faire que reprendre les arguments cliniques de Patenostre qui insiste sur la phase de polyarthrite très fréquente dans un cas comme dans l'autre, le début brutal, sur la douleur très vive et sur l'évolution.

Après cette phase d'invasion polyarthritique sur laquelle nous avons déjà insisté mais souvent moins marquée, quelques signes généraux apparaissent. Puis les signes se fixent sur une articulation.

Toutes les articulations peuvent être atteintes. Les grosses de préférence. Mais la localisation au niveau de l'articulation métarcapo-phalangienne est très fréquente. Enfin on considère comme presque pathognomonique quoique relativement rare la localisation à la sterno-claviculaire et à la temporo-maxillaire.

La douleur est intense le plus souvent siège au maximum au niveau de l'interligne articulaire ; cette douleur est souvent plus vive la nuit. Elle est exaspérée par les mouvements articulaires.

La tuméfaction vient peu après la douleur.

Cette tuméfaction débute au niveau de l'articulation et s'étend à distance, contribuant à donner à l'affection son allure bien particulière. Elle est due à l'infiltration des tissus péri-articulaires. Elle est maximum au niveau de l'articulation. Elle peut même, dans certains cas, donner une fausse fluctuation et faire croire à une arthrite purulente.

Sous l'influence de l'immobilisation l'arthrite s'amé-

liore rapidement. La douleur et la tuméfaction diminuent. Mais il reste le plus souvent deux symptômes capitaux :

Une forte atrophie musculaire malheureusement intense et trop fréquente;

Une ankylose, car l'évolution normale se fait vers l'arthrite plastique ankylosante.

On reconnaît dans cette description qui s'applique parfaitement à l'arthrite puerpérale la description de Duplay et Brun.

Ces deux formes cliniques restent incontestablement les plus fréquentes des formes cliniques de l'arthrite puerpérale. Ce sont celles que l'on est le plus fréquemment amené à observer. Parfois très nette la seule allure clinique de l'arthrite la fait sans aucun doute entrer dans le cadre de l'arthrite blennhorragique. Mais il est relativement fréquent de voir d'une part des formes anormales dans leurs symptômes et c'est alors que l'examen général du sujet et des recherches bactériologiques et radiologiques devront être entreprises pour confirmer le diagnostic.

Fournier, dans sa classification, admet enfin une variété d'arthrites chroniques d'emblée, manifestations rhumatoïdes appartenant en propre au rhumatisme blennhorragique. Nous n'en avons pas rencontré de types dans l'arthrite puerpérale. Car si l'évolution normale de l'arthrite puerpérale blennhorragique est prolongée, sujette à des rechutes à l'occasion d'une grossesse ultérieure, les formes chroniques d'emblée sont rarement le fait de l'arthrite puerpérale.

CHAPITRE VI

ÉVOLUTION. MARCHE. TERMINAISON

L'arthrite puerpérale blennhorragique qui revêt si exactement au point de vue clinique, les mêmes formes que l'arthrite blennhorragique ordinaire en diffère également très peu au point de vue de l'évolution. Comme celle-ci l'évolution est longue et dure une moyenne de 3 à 5 mois. Cette longueur même de l'évolution est caractéristique. Cependant la longueur est elle-même influencée par le traitement.

Toute arthrite, au moins les arthrites avec épanchement, traitée précocement par l'arthrotomie guérit plus rapidement. Nous nous proposons du reste de reprendre cette notion en étudiant le traitement de l'arthrite puerpérale.

Pour Lorain et ses élèves le pronostic de l'arthrite de la grossesse serait bon *quo ad vitam*, mais redoutable quant à son pronostic fonctionnel. C'était, disait-il, l'évolution à peu près certaine vers l'arthrite plastique ankylosante et les malades qui avaient la chance de s'en

tirer sans ankylose conservaient néanmoins une tendance aux raideurs articulaires. Mais à l'époque, ce pronostic fâcheux n'a rien de particulier à l'arthrite puerpérale et dans l'arthrite blennhorragique en dehors de la grossesse le pronostic était tout aussi peu favorable.

S'il s'est amélioré il n'en reste pas moins grave et sur 82 cas d'arthrites relevées par Fresnay il constate un pourcentage de 45,2 % d'ankylose et de 15,8 % de guérison totale. Mais il faut remarquer que dans cette statistique il y a des observations anciennes et qu'avec l'amélioration des méthodes thérapeutiques le pronostic en est moins redoutable.

Malheureusement ce pronostic est toujours assombri par le grand nombre de cas frustes méconnus ou reconnus tardivement, alors que l'ankylose est constituée et que la thérapeutique est impuissante.

Enfin ce pronostic est également très grave dans quelques cas particuliers de formes cliniques à la vérité beaucoup plus rares et sur lesquelles nous allons insister plus loin.

Nous citerons maintenant quelques observations d'arthrites gonococciques.

OBSERVATIONS

1° Arthrites de la grossesse

Première catégorie :
arthrites pseudo-phlegmoneuses (Duplay et Brun).

Obs. 1. — *Personnelle.*

Anne, maternité 1927, n° 2595.

II pare, 34 ans.

Pas d'antécédents personnels particuliers.

Bien réglée, 1re grossesse normale, fille 2750 gr. Depuis le début grossesse, pertes abondantes, leucorrhée tachant le linge. Cystalgie.

Le 4 juillet : début brutal, douleur intense au niveau coude droit, impotence fonctionnelle. Elévation thermique 39°.

La malade entre à Cochin le 5 juillet, coude gonflé rouge très douloureux, mouvements spontanés impossibles, mouvements provoqués très difficiles et douloureux, œdème s'étend jusqu'à la main.

Pose d'un plâtre : amélioration, chute thermique rapide, la douleur diminue rapidement.

Le 5 août : retire le plâtre, mobilisation commence.

Le 23 août : amorce de travail, la malade est amenée à la maternité.

A son entrée, au niveau coude droit immobile en 1/2 flexion, gonflement, épaississement des extrémités osseuses, mobilisation difficile et douloureuse.

Examen obstétrical : 8 mois 1/2. H. U. 34, dos à gauche, vivant.

Vaginite granuleuse.

Prélèvement vaginal, examen direct, présence rares gonocoques.

Reste un mois à l'infirmerie sans changement.

Pas de température

Mobilisation possible graduellement.

20 septembre : accouchement normal en O. I. G. A., dégagement OP.

Garçon vivant 3600 gr. AF. 330.

Pas de température.

Suites de couches normales, pas de température.

Lochies abondantes non fétides. Pas d'examen bactériologique.

La malade sort le 30 septembre avec un coude raide mais sans ankylose. Perdue de vue.

Obs. 2. — *Clinique Baudelocque 1923.* M. le Pr Couvelaire. (*Inédite*).

X..., 21 ans, primipare, dernières règles du 18 au 25 mars.

En 1922 au début de son mariage pertes blanches très abondantes.

Pas de dysurie.

2 mois après, début de grossesse, prurit vulvaire, erythème.

En septembre 1922, pertes vaginales blanches très abondantes.

Le 24 septembre : apparition d'arthralgie tibiotarsienne rétrocédant en 24 heures.

Le lendemain début brutal au *niveau du genou droit,* douleur très vive ; gonflement considérable, peau rouge et lui-

sante, mouvements très douloureux et limités, pas de signes généraux.

Entre à l'Hôtel-Dieu, traitement symptomatique. La malade sort au bout de huit jours.

Du 7 au 8 octobre : douleurs pelviennes intenses, troubles urinaires.

Le 20 octobre : entre à Baudelocque :

Genou augmente régulièrement volume avec disparition des méplats, chaleur locale et coloration des ligaments. Palpation douloureuse. Pas de choc rotulien, atrophie musculaire, adénopathie inguinale gauche.

Toucher vaginal très douloureux ramène un liquide verdâtre purulent.

Le 25 et 26 octobre : 23 cm³ de sérum antigono, les douleurs se calment.

Le 7 novembre : amélioration s'accentue.

19 novembre : grosse amélioration.

En décembre : reprise des douleurs et des pertes, arthralgie coudes.

19 décembre : prélèvement vaginal : vaginite granuleuse.

5 janvier : accouchement terme, fille 4050 gr., placenta 7700, sort le 23 janvier en boitant un peu, sans ankylose. *Examens bactériologiques.*

Le 19 décembre : pertes, présence de germes multiples dont le gonocoque.

Le 11 janvier dans les lochies : polynucléaires nombreux ; gonocoque presque exclusif dans les lochies.

Obs. 3. (Pissavy et Chauvet), (*thèse Ludovic Benassan*).

Femme 24 ans, derniers jours de grossesse, douleurs épaule gauche, 4 jours après le genou droit devient douloureux gonflement marqué, œdème à distance. — Pas de choc rotulien — pertes blanches, examen bactériologique *gonocoque* — sérum antiménogococcique 40 cm³, amélioration des douleurs.

8 jours après, nouvelle injection, chute thermique.

4 jours après, dernière injection, chute thermique définitive, *guérison.*

Malade accouche à terme d'un garçon bien portant, suites de couches normales.

Obs. 4 (Tracou et Bué).

X..., 21 ans, II pare, domestique.

Premier accouchement datant de 2 ans, normal à terme. Leucorrhée à la suite et douleurs à la miction.

Dans le courant du 8e mois après un refroidissement, douleur au genou droit et à la hanche gauche. Frissons et fièvre légère.

Prélèvement de mucosités urétrales et vaginales : pas de gonocoque.

Immobilisation pendant 15 jours ; pas d'amélioration. On décide de pratiquer l'accouchement prématuré par douches vaginales antiseptiques, accouchement effectué.

Le 3e jour des suites de couches, amélioration notable de la hanche, le 8e jour genou désenflé et presque indolore, le 15e jour guérison.

Obs. 5 (Delmas et Roger).

B..., primipare. 30 janvier 1908, pas d'antécédents rhumatismaux. Leucorrhée depuis 2 ans tachant le linge.

Début des accidents au début de janvier. Polyarthrite des deux genoux et des poignets. Puis prédominance au poignet et genou droit.

30 janvier : examen : température légère, articulations poignet et genou chaudes et douloureuses, mouvements impossibles, palpation périarticulaire difficile douloureuse, pas de choc, examen des pertes blanches : *gonocoques* très abondants.

Mari : écoulement et orchite.

Accouchement lent le 5 février à 6 heures du soir d'un prématuré de 1080 gr. avec placenta marginal 350.

La température reste élevée 39-39,5,

Immobilisation, méthode de Bier.

Sort un mois après avec atrophie quadriceps sans ankylose.

Obs. 6 (Bar).

X... 24 ans, II pare. Leucorrée abondante depuis un an sans urétrite.

Première grossesse et accouchement normaux.

Pendant la première partie de la grossesse actuelle l'écoulement leucorrhéique est important. Dans le courant du deuxième mois, douleurs articulation métacarpo-phalangienne médius droit, l'articulation du poignet droit se prend.

Au sixième mois, métrite, douleurs à la miction, amélioration rapide, malade sort et n'est pas revue.

Examen : secrétions vaginales, pas de gonocoques ; sécrétions urétrales, gonocoques.

Obs. 7 (Thèse Patenostre).

W..., 24 ans, primipare, grossesse de 3 mois début brutal, douleur au niveau articulation métacarpo-phalangienne du 5e doigt main droite, œdème très accentué, mouvements difficiles, douleur et gonflement.

Examen local : vaginite intense, cystite, immobilisation, guérison.

Obs 8 (Patenostre).

D... 19 ans, grossesse 4 mois, depuis le début, leucorrhée, cystite, douleur vive, articulation tibio-tarsienne droite, œdème à distance considérable, gonflement et douleur.

Localement pression urètre, ramène du muco-pus, immobilisation, guérison.

Obs. 9 (Patenostre).

B... 7 mois, primipare.

Depuis polyarthrite au nouveau genou coude poignet début brutal, douleur articulation métacarpo-phalangienne médius main droite ; urètre, muco-pus.

Guérison en 3 mois, pas de séquelles.

Obs. 10 (Georgiades).

X... 19 ans, couturière. Un accouchement normal à terme.

Dans le courant, du cinquième mois de la deuxième grossesse, douleur coude droit. Epanchement. Vaginite.

Accouchement prématuré au terme de sept mois et demi l'enfant meurt deux jours plus tard athrepsique.

A cette époque l'ankylose du coude droit est complète. Le malade meurt trois mois plus tard de péritonite, suite de rupture d'un ulcère d'estomac.

Obs. 11 (Vaille).

X... 20 ans, II pare, écoulement urétral tachant le linge en vert depuis le début de la grossesse.

Dans le courant du neuxième mois, douleur genou coude et articulation temporo-maxillaire gauches, accouchement normal, à terme.

Un mois et demi après, l'ankylose du coude est complète.

Obs. 12 Tracol et Bué).

X... 27 ans, III pare.

Les deux premiers accouchements normaux à terme.

Au sixième mois de la grossesse sans cause appréciable s'installe une arthrite aiguë du genou droit, pas de leucorrhée, un écoulement urétral.

Au huitième mois, accouchement provoqué à l'aide d'une sonde utérine, puis de douches de Kiwich. Accouchement normal.

Fille vivante présentant une malformation de la main droite.

Le genou reste en gouttière et on interdit l'allaitement.

La douleur disparaît au 15e jour. La malade sort le 20e jour, non guérie, avec une raideur articulaire assez marquée.

Revue deux mois plus tard. L'enfant est mort d'athrepsie et il y a encore une très forte hydarthrose au genou et une certaine limitation des mouvements.

Obs. 13 (Dubois).

X... 28 ans, I pare, domestique.

Depuis 6 semaines, leucorrhée jaune verdâtre tachant le linge, douleur à la miction.

Au 7e mois de la grossesse, douleur à l'épaule gauche au coude et au genou droits. Puis deux jours après,genou gauche se prend.

Accouchement normal à terme.

Sort quinze jours après non guérie avec une boiterie très accentuée.

Six mois après, est revue avec une ankylose complète du genou gauche.

Obs. 14 (Georgiades).

X... 21 ans, I pare, journalière.

Aucun antécédent.

Au huitième mois, l'hiver, après avoir lavé douleur genou et pied droits. Ecoulement jaunâtre tachant le linge depuis 3 mois. Pas de douleur à la miction.

Accouchement normal à terme. Le 4e jour l'enfant présente de l'ophtalmie purulente.

La femme sort un mois après avec une raideur marquée du genou droit.

Obs. 15 (Tison).

B..., 19 ans, primipare, journalière.

Pas d'antécédents rhumatismaux.

Vers le 7e mois de la grossesse, début brutal non fébrile. Douleurs au niveau de plusieurs articulations ; genou gauche, coude droit, épaule droite. Localisation au genou gauche qui devient très douloureux. Impotence fonctionnelle, gonflement avec périarthrite.

Guérison en 3 mois sans ankylose.

Obs. 16 (Elicagarray).

X.., 23 ans, I pare, leucorrhée tachant le linge en vert depuis une quinzaine de jours.

Dans la première moitié de la grossesse, douleur à l'épaule gauche, puis au poignet gauche.

Révulsion sans résultat. Avortement sans cause connue.

Sort trois mois après avec une raideur très marquée du poignet gauche.

Obs. 17 (Delmas et Roger).

X... 21 ans, I pare, leucorrhée abondante depuis le début de la grossesse.

Au septième mois, douleur dans les petites articulations des doigts à droite. Deux jours après arthrite poignet gauche.

Accouchement normal à terme.

Sort deux mois plus tard. Raideur marquée.

Obs. 18 (Tison).

X..., 25 ans, II pare, cordonnière.

Une fausse couche sans cause connue. Leucorrhée depuis deux mois.

A huit mois et demi, après une chute, douleur poignet droit.

Accouchement normal à terme.

Sort vingt jours plus tard avec une raideur articulaire marquée.

Obs. 19 (Brauenberger).

M. . , 23 ans. II pare, aucuns antécédents

Première grossesse normale, enfant à terme.

Huit mois après la malade est revue enceinte de 5 mois. A la suite d'un excès le malade accuse de la cystalgie. Ecoulement leucorrhéique qui augmente.

Au bout de 8 jours, début brutal, douleur au poignet gauche. Empâtement, impotence fonctionnelle. Immobilisation. Amélioration. Synovite des extérieurs des doigts.

Examen gynécologique, col fongueux vasculaire. Issus de moco-pus.

Accouchement à terme ; guérison en 2 mois. Pas de séquelles.

Obs 20 (Quinquaud).

X..., 33 ans, I pare, blanchisseuse.

Au cinquième mois de la grossesse, après frissons et fièvre, arthrite du poignet droit. Vésicatoires sans résultats.

Accouchement à terme normal, suites de couches normales.

Sort au bout d'un mois avec ankylose complète.

Obs. 21 (Tisox).

X..., 20 ans. I pare

Au neuvième mois, frissons et fièvre légère. Leucorrhée depuis le début de la grossesse.

Douleur genou droit et articulation temporo-maxillaire gauche.

Epanchement rapide du coude gauche.

Sort sur sa demande avant l'accouchement. Perdue de vue.

Obs. 22 (Vaille).

X..., 19 ans, I pare.

Au septième mois de la grossesse, douleur au poignet droit avec frissons et fièvre. Deux jours plus tard, les 2 genoux et l'épaule droite se prennent. Présentait depuis deux mois un écoulement vaginal, blanc-jaunâtre, puriforme et tachant le linge. Toutes les articulations vont mieux huit jours après, sauf le genou droit. Le même jour, arthrite de l'articulation sterno-claviculaire gauche.

La malade sort sur sa demande et est perdue de vue.

Deuxième catégorie:
Arthrites avec épanchement au cours de la grossesse

Obs. 23 (Nattan-Larrier).

Malade 38 ans, douleurs violentes genou droit.

Début 14 décembre, douleurs dans les deux genoux, le soir frisson.

Lendemain genou, épaule, coude, douleurs.

Pendant 3 jours fièvre, malaise et douleurs.

Le 18, amélioration état général.

Genou droit siège douleur très vive qui persiste nuit et jour,

Le 19, genou globuleux, téguments blanc-rosés sillonnés de veines distendues.

Choc rotulien,

Ponction 40 cm³ liquide :

Franchement purulent, *jaune verdâtre*, leucocytes polynucléaires ; *Gonocoques extra cellulaires.*

On retrouve dans les antécédents métrite blennhorragique.

Au quatrième mois grossesse, vaginite.

Cultures, gélose ordinaire, gonocoque, typique, gélose au sang, gonocoque très abondant, bouillon ordinaire.

Abondantes *colonies gonocoques.*

27 décembre, 2e ponction : *Gonocoques* moins abondants ; cultures encore fertiles.

31 décembre, 3e ponction : Liquide purulent, *pas de gonocoque.*

20 janvier : accouchement enfant bien portant.

Plus de signes anormaux au niveau genou.

Obs. 24 (Bégouin).

X..., 21 ans, I pare.

Au quatrième mois de la grossesse, atteinte d'arthrite du genou gauche. Leucorrhée depuis le début de la grossesse.

Le mari a une blennhorragie urétrale non encore guérie.

L'examen bactériologique de l'épanchement du genou donne *quelques rares gonocoques* à l'examen direct

La *culture* sur gélose du sang *ne donne rien.* Sort au bout de deux mois avec une raideur marquée.

Obs. 25 (Horion).

X ... 21 ans, I pare, couturière.

Pas d'antécédents.

Leucorrhée jaune grisâtre, épaisse et tachant le linge, mictions douloureuses depuis un an.

Au quatrième mois de la grossesse, douleur et empate-

ments du genou droit. En trois jours tuméfaction énorme et atrophie musculaire extrêmement marquée.

Choc rotulien ; arthrotomie large. Issue d'un liquide louche avec des exsudats fibrineux.

Gonocoques à l'examen direct.

Dès le lendemain mobilisation.

Le sixième jour on fait lever la malade. Un mois après l'opération la malade sort guérie sans la moindre ankylose. Revue trois mois après :

La malade en est au septième mois de sa grossesse

Le jeu articulaire est normal.

On note simplement un peu d'atrophie musculaire à droite.

Obs. 26. (Fresnay).

Mme F. R..., 18 ans, 1 pare, passementière.

Entrée le 20 septembre à la Charité dans le service du docteur Legry pour douleur dans le genou droit.

Antécédents héréditaires : rien à signaler.

Antécédents personnels : broncho-pneumonie dans l'enfance, consécutive à une rougeole, pas d'autres maladies, jamais de crises rhumatismales, réglée à 12 ans 1/2, régulièrement depuis.

Histoire de la maladie : les dernières règles datent de la fin de mars. Début de la grossesse tout à fait normal, pas de vomissements.

Vers le quatrième mois, la malade a remarqué des pertes blanches tachant le linge en jaune. Douleur en cuisson à la miction. La femme ne s'en est pas inquiétée autrement.

Vers le début de septembre, courbature et mauvais état général ; à ce qu'il semble à cette époque, aurait fait de la fièvre, céphalée, frissons.

Le 7 septembre s'étant agenouillée a brusquement ressenti dans le genou droit une douleur très violente et insoutenable. La malade a eu l'impression, dit-elle, que son genou

était démis. Elle applique un pansement serré, les douleurs continuent.

Le 9 septembre, la malade fait venir un médecin qui pose le diagnostic de rhumatisme aigu et prescrit des onctions avec un liniment, vraisemblablement au salicylate de méthyle. Légère amélioration, mais la fièvre continue, légère au dire de la malade, le genou à cette époque n'a pas encore augmenté de volume.

Le 20 septembre elle se décide à entrer à l'hôpital.

Examen : Le genou est très tuméfié, avec disparition des méplats et des culs de-sac articulaires. Les douleurs ont un peu diminué, surtout les spontanées. Mais les mouvements du membre inférieur droit sont toujours extrêmement sensibles.

Choc rotulien très net, et tension marquée des culs-de-sac rotuliens.

Epanchement articulaire d'un volume moyen. La douleur existe à la pression des plateaux tibiaux et les mouvements de flexion sont très limités mais possibles et douloureux. L'extension est absolument normale

Bon état général, pas de fièvre, pas d'albumine dans les urines. Tous les autres appareils sont normaux.

Les pertes blanches ont considérablement diminué et ne tachent plus le linge en jaune.

On pose alors le diagnostic de rhumatisme blennorragique et on fait une série de dix piqûres de dmegon pendant 10 jours.

Immobilisation dans une gouttière.

Le 3 octobre, l'épanchement ayant encore augmenté de volume, on ne perçoit plus de choc rotulien,

Ponction exploratrice : on ramène un *liquide épais et franchement trouble*, jaunâtre avec dépôt purulent. A l'examen bactériologique on note de *nombreux polynucléaires non altérés, pas de gonocoque*. Culture sur gélose ascite sans résultat.

Le 5 et le 8 octobre comme le genou ne diminue pas de volume on fait deux injections de 40 centimètres cubes de sérum antigonococcique de Pasteur.

Le 11 octobre, on note une réaction locale assez vive de l'abdomen, avec douleur, tuméfaction et empâtement. Pas de troubles généraux.

Le 13 octobre, vers 4 heures, fortes douleurs. A 7 heures, rupture des membranes.

On fait passer la malade à la maternité. A l'examen on trouve : tête en bas engagée, dos à gauche ; enfant vivant, membranes rompues, dilatation comme cinq francs. L'utérus remonte à 25 cent. de la symphyse ; à 8 h. 30, expulsion d'un garçon vivant, pesant 2 kg. ; à 9 h 30 la délivrance ne se décolle pas, la femme perd un peu ; à 10 heures même état : on décide de faire une délivrance artificielle. Placenta sorti morcellé, mais complet.

Le soir élévation thermique. Température 39° 2, pouls 104.

Le genou est encore énorme, globuleux, tuméfié ; les culs-de-sac synoviaux sont tendus à l'extrême.

Légère augmentation de la température locale du côté malade.

L'épanchement est toujours très important comme quantité. Les douleurs spontanées sont presque complètement disparu ; les mouvements de flexions sont encore douloureux, mais bien moins qu'à son entrée en médecine. L'atrophie musculaire est énorme à droite.

Le 15 octobre la température est revenue à la normale.

On décide de retirer la gouttière et de faire faire à la femme quelque mouvement de mobilisation. Celle-ci ne s'y prête guère.

Le 17 octobre suite de couches normales. La malade allaite.

Le genou diminue rapidement de volume. La mobilisation est abandonnée car la malade déclare ne pouvoir la supporter, massage.

Le 19 octobre, l'état de l'articulation s'améliore très vite. Les mouvements de flexion sont maintenus indolores.

Le docteur Metzger étant d'avis de faire néanmoins l'arthotromie la malade décide qu'elle n'acceptera aucune intervention.

Le 21 octobre, le genou est notablement diminué de volume. La malade qui exécute elle-même des mouvements de mobilisation exagère maintenant son amélioration dans la crainte d'une intervention.

Le 23 octobre la malade sort sur sa demande avec une raideur articulaire très marquée, et un genou indolore mais encore augmenté de volume.

Perdue de vue ensuite.

Obs. 27 (Lefour et Fieux).

X.... 17 ans, I pare.

Au sixième mois de la grossesse pertes blanches, tachant le linge en vert, avec douleurs à la miction.

Au huitième mois, douleur à l'épaule gauche et arthrite du genou droit. Accouchement au terme de huit mois et demi normal. Le lendemain, le genou est plus tuméfié et plus douloureux. Immobilisation, pointes de feu.

Ponction évacuatrice articulaire qui ramène du pus mal lié, verdâtre avec grumeaux sans odeur.

Examen bactériologique : Pas de gonoccoques.

Culture : négative.

Sort deux mois plus tard guérie.

Obs. 28 (Bar).

X.... 21 ans, I pare domestique.

Grossesse normale, pas de leucorrhée ni de douleurs à la miction.

Le 24 septembre, frisson, douleur au poignet droit. Accouchement normal à terme.

Les jours suivants, successivement se prennent le genou droit, le poignet et le coude gauches : puis l'épaule et le genou gauches. Légère température. On pose le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu. L'épanchement existe au coude gauche et au genou droit.

Le 3 octobre les articulations vont mieux, sauf le genou droit.

Salicylate de soude pendant sept jours sans résultat.

Le 15 octobre, les lochies, normales d'abord, deviennent purulentes et fétides. On fait le diagnostic de pseudo-rhumatisme infectieux.

Ponction de l'articulation : pus jaune verdâtre assez épais, onctueux.

Ensemencement sans résultat.

Examen direct : *quelques gonocoques*, pas d'autres microbes.

Pas d'arthrotomie : immobilisation.

Sort deux mois plus tard avec de la raideur articulaire

Obs. 29 (*inédite*) (due à M. Lemeland).

Mme B..., 30 ans. IV^e^ pare.

D. R. 20 août 27.

La malade consulte durant toute sa grossesse à Baudelocque. On ne signale rien d'anormal si ce n'est des pertes blanches abondantes sans cystalgie toutefois.

Antécédents pathologiques : A marché 3 ans. Aurait été immobilisé pendant 3 ans dans un appareil plâtré pour un mal de Pott dont on ne retrouve pas de traces cliniques.

Antécédents obstétricaux : 3 grossesses antérieures normales non compliquées. Les 3 enfants sont morts respectivement à 5 ans, 3 ans et 23 mois ; les deux premiers de broncho-pneumonie, le dernier de méningite (?)

Elle est admise le 7 avril 1928 au dortoir et l'examen de M. Lemeland montre un bassin généralement rétréci.

Le 17 mai 28 : Brusquement la malade fait une élévation

thermique à 38° 5 et accuse une douleur vive au niveau du genou.

Le 19 mai : On constate alors une grosse hydarthrose avec une rougeur diffuse mais peu accentuée des téguments. Pas de points douloureux osseux.

Les mouvements sont difficiles et douloureux

Le 22 mai : On met la jambe en gouttière plâtrée, immobilisation. La douleur cède rapidement mais la température reste un peu élevée aux environs de 38°.

2 examens successifs des pertes vaginales restent négatifs.

Le 29 mai : La malade accuse des douleurs et accouche à 12 heures d'une fille pesant 3.290 grammes. A. F. : 530.

Accouchement absolument normal en O. I. G. A. dégagement O. P. Rupture tempestive spontanée des membranes.

Le 31 mai : On pratique (M. Hébert) une ponction du genou qui montre un liquide louche.

Un examen est pratiqué (Voir bactériologie).

Un examen des lochies au niveau du col est fait.

La température baisse et la douleur disparaît définitivement.

Le 9 juin : On fait du sérum antigonococcique de l'Institut Pasteur 20 cc. intra-musculaire.

Le 11 juin, ponction et injection intra-articulaire de 10 cc. Pas de réaction.

Le 16 juin : On recommence. Le liquide est citrin et examiné à nouveau bactériologiquement.

Le 26 juin : On fait une nouvelle ponction, avec injection de sérum qui entraîne une légère réaction thermique.

L'hydarthrose diminue.

Le 29 juin : On retire le plâtre. La jambe est ankylosée en extension non douloureuse. Il y a une grosse atrophie quadricipitale.

Dans le courant de juillet la malade fait une poussée aiguë de salpingite légèrement fébrile.

Revue le 23 juillet, la malade est encore à l'hôpital pour

sa salpingite. La jambe n'est plus douloureuse. L'atrophie est considérable.

Bactériologie : Première ponction du genou. Examen direct : rien.

Ensemencement sur gélose au sang : Le 4e jour *colonies typiques de gonocoques*. Gélose ascite, bouillon simple : rien.

Examen : lochies ; examen direct : *gonocoques*.

2e ponction examen direct : Ensemencement gélose au sang : rien.

Arthrites blennhorragiques des suites de couches

Première catégorie : Forme Duplay et Brun

Obs. 30 (Alexandre).

X..., 22 ans, I pare, cuisinière.

Aucun antécédent.

Trois jours après un accouchement normal à terme, douleur aux deux poignets, deux coudes, deux épaules.

En deux jours les douleurs régressent et le genou gauche se prend.

Sort un mois plus tard avec une ankylose complète.

Obs. 31 (Macdonald).

Au cinquième jour après un accouchement dystocique au forceps pour bassin plat, apparition d'une arthrite double du genou et de l'épaule droits. Cette dernière articulation guérit très vite.

L'enfant présente de l'ophtalmie à gonocoques.

La malade sort guérie deux mois après, avec une raideur très marquée du genou gauche.

Obs. 32 (Georgiades).

X..., 20 ans, II pare, couturière.

Premier accouchement normal à terme, allaite.

Un peu de leucorrhée tachant le linge pendant la deuxième grossesse.

Le 1er janvier : Accouchement normal à terme, allaite.

Le 20 mars : Arthrite genou droit.

Le 30 juin : Sort avec une ankylose complète.

Obs. 33 (Barral).

X..., 43 ans, IV pare, lingère.

Trois accouchements normaux à terme.

Pendant la quatrième grossesse leucorrhée jaune verdâtre tachant le linge, à partir du troisième mois. Accouchement normal à terme.

Onze jours après, douleurs au genou et au cou de pied gauches.

Les jours suivants se prennent successivement, le poignet et le coude gauches, puis le genou et le cou de pied droits.

Sort au bout de deux mois avec une ankylose complète du genou droit.

Obs. 34 (Bégouin).

Avortement de 5 mois et demi sans cause apparente.

Le soir même s'installe une arthrite du poignet gauche, le pus urétral contient du *gonocoque*. La guérison est complète en treize jours sans raideur articulaire.

Obs. 35 (Celles).

X..., 20 ans, I pare, domestique.

Accouchement le 2 janvier, hémorragie de la délivrance.

Le 6 janvier écoulement lochial blanc et crémeux, fétide.

Le 10 janvier : Frissons.

Le 11 janvier : Douleur aux deux poignets, température légère.

A partir du 18 janvier le poignet gauche va mieux, le droit est toujours très douloureux et tuméfié.

Le 9 février plus de lochies, la femme sort, son poignet droit douloureux et raide.

Obs. 36 (Bégouin).

X..., 27 ans, II pare.

Les deux premiers accouchements sont normaux.

Dans le deuxième mois des suites de couches, arthrite plastique du poignet gauche. Vers la fin de sa grossesse, la femme avait fait de la blennhorragie vaginale et, actuellement elle présente du gonocoque dans l'exsudat urétral

Guérison en deux mois avec une ankylose complète.

Obs. 37 (Barral)

M..., accouchement normal à terme le 20 juillet. Suites de couches normales.

Le 20 juillet la malade accuse des douleurs articulaires multiples (épaule, coude droits, genou gauche).

Le lendemain localisation au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du médius main gauche (gonflement, douleurs, pas de fièvre).

Evolution 2 mois, guérison sans séquelles.

Obs. 38 (Lopp).

Primipare, 33 ans, entrée le 30 mars 1903.

Accouchement clandestin le 26 mars, enfant au sixième mois mort.

Le 1er avril légère élévation thermique, douleur au niveau coude droit.

2 avril : coude douloureux rouge et chaud, avant-bras.

œdème, fluctuation, mouvement très douloureux (extension et flexion) rien à la pronosupination. Ecoulement vaginal abondant.

Du 2 au 8 avril : 38°5 : cystite.

A partir du 8 : amélioration.

Le 15 : disparition des signes.

Le 21 : sortie avec raideur articulaire.

Bactériologique, écoulement vaginal, *gono*.

Obs. 39 (Vaille).

X..., 26 ans, I pare,

Le septième jour des suites de couches, après accouchechement normal à terme, douleurs aux articulations de l'index et du médius droits.

Le lendemain, le coude et l'épaule droite sont pris. On fait interrompre l'allaitement. On note à ce moment un écoulement lochial abondant et fétide.

Sort quinze jours plus tard avec une raideur marquée de l'épaule.

Obs. 40 (Burr).

X..., 27 ans, II pare.

Sept jours après l'accouchement l'enfant présente de l'ophtalmie gonococcique. Au dixième jour la mère souffre de l'épaule droite.

Dix semaines plus tard l'involution utérine est incomplète, les lochies fétides n'ont pas cessé : on y trouve *des gonocoques*.

La femme sort pour refus de traitement, avec une ankylose complète de son épaule droite.

Obs. 41 (Burr).

X. ., 21 ans, I pare.

Aucun antécédent.

Le cinquième jour des suites de couches, arthrite des deux articulations coxo-fémorales, surtout marquée à droite. Le même jour l'enfant présente une ophtalmie où l'examen bactériologique montre du gonocoque. La femme sort malgré l'avis des médecins et est perdue de vue.

Obs. 42. — (Ross Al-Macleod).

X..., 24 ans, II pare.

Premier accouchement normal.

Au quatrième jour des suites de couches du deuxième accouchement, arthrite sterno-claviculaire droite, qui ne va pas à la suppuration.

Au sixième jour, l'enfant présente de l'ophtalmie purulente à *gonocoques*. La mère n'a pas de gonocoques dans son écoulement lochial.

Sort non guérie et perdue de vue.

Obs. 43 (Barral).

M... Primipare, accouchement le 6 février.

Le lendemain douleurs vagues au niveau coude gauche, épaule droite et genou droits.

Légère élévation thermique.

Le 11 février, localisation plus nette au niveau coude gauche, impotence, douleur vive. Pas de fièvre.

Evolution : chronicité, guérison sans ankylose.

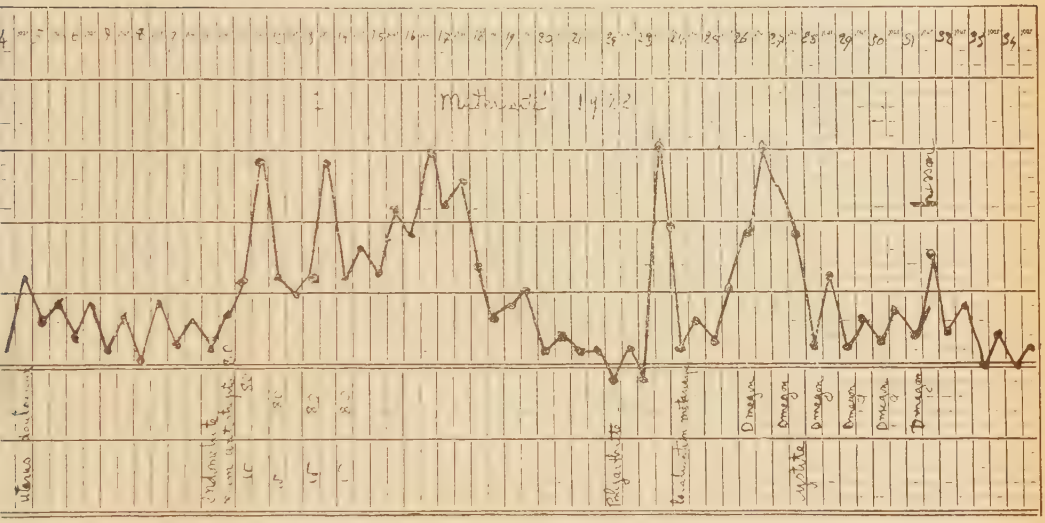
Obs 44. — (*Personnelle, inédite*). Maternité n° 336 de 1928.

C... Catherine, 22 ans, I pare.

La femme entre à la Maternité le 29 janvier à 20 heures pour douleurs. Aucuns renseignements sur la grossesse Urines normales.

Examen I pare pré-terme, enfant vivant.

Aucune lésion vagino-vulvaires ; admise le 30 janvier à 3 heures à la salle de travail, la femme accouche le 30 à 5 h. 30, sans difficultés, d'un garçon criant aussitôt pesant 3700 grammes.



Une demi heure après délivrance naturelle complète 560 grammes.

L'utérus étant mou on fait 1 cm³ d'ergotine.

Dans les jours qui suivent l'accouchement, l'utérus reste gros et un peu douloureux. Rétention urine, sondage.

Le quatrième jour : légère élévation thermique. Lochies un peu fétides. L'utérus reste gros et sensible. Pas de température

Le 11 février : élévation brutale de la température. Utérus gros remontant à deux travers de doigt au dessous de l'ombilic, paraissant immobile,anormalement douloureux, assez dur au toucher, col épais n'admettant pas le doigt.

Pas de masse péri-utérine.

Du 10 au 18 février la température se maintient élevée, l'utérus est gros et douloureux, lochies purulentes.

Le 18 : Sur le conseil de M. Desnoyers on fait du sérum antistrepto (4 injections de 40).

Le 21 février : la température oscille depuis 2 jours autour de 37, mais utérus reste gros et douloureux, frisson. apparition de réaction sérique, plaques rouges sur les cuisses s'effaçant à la pression ; léger œdème des membres inférieurs et de la face ; arthralgies au niveau genou, tibio-tarsienne, épaule.

Chlorure de calcium : 4 grammes pendant 4 jours.

Le 24 : réaction sérique moins intense. Les arthralgies disparaissent sauf au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du médius main droite ; cystalgie, écoulement persiste. La température baisse.

Le 28 : Etat général satisfaisant. Au niveau de la métacarpo-phalangienne 3e doigt côté droit, impotence, douleur vive, gonflement manifeste s'étendant jusqu'au poignet, douleur vive à la pression.

En présence de cette localisation on fait :

2 mars : 1°) examen direct pus recueilli au niveau de l'urètre : *pas de germes* ;

2°) examen direct lochies utérines : *pas de germes* ;

3°) Ensemencements du pus et des lochies ; géloseau sang.

En trois jours *colonies typiques de gonocoques*. — Immobilisation sur une planchette. Vaccin antigonococcique Dmegon. La température baisse pour ne plus remonter. L'état s'améliore.

12 mars : sort avec raideur articulaire main droite, n'a pu être revue ultérieurement.

Deuxième catégorie : forme avec épanchement

Obs. 45 (Raboni).

X..., 17 ans, I pare.

Pas d'antécédents rhumatismaux.

Leucorrhée pendant la grossesse. Avortement sans cause connue à 4 mois 1/2 environ.

Deux jours après frissons et élévation de température, douleurs au genou droit. Epanchement articulaire très marqué. Ponction de l'articulation : pus polynucléaire.

Pas de gonocoque, ni de microbe.

L'examen bactériologique de l'exsudat urétral montre des *gonocoques*.

Immobilisation, puis mobilisation forcée.

Au bout de deux mois l'ankylose est complète.

Obs. 46 (Boegehold).

X..., 33 ans, I pare ;

Accouchement normal, à terme.

Trois jours après frissons, arthrite du genou gauche, arthrotomie, pus verdâtre grumeleux, guérison.

Obs. 47 (Boegehold).

X..., 20 ans, II pare.

Accouchement normal à terme.

Quatre jours plus tard, arthrite genou gauche. Arthrotomie donnant du pus en abondance. Ankylose complète.

Obs. 48 (Mosny et Beaufumé).

X..., 28 ans, I pare, domestique.

Depuis un an pertes blanches tachant le linge en vert,

Accouchement normal à terme. Délivrance naturelle et complète.

L'enfant ne présente aucune lésion oculaire.

Suites de couches normales. Sort sur sa demande le neuvième jour.

Le douzième jour, douleur dans l'épaule et le coude gauches.

Le treizième jour, le genou gauche se prend.

Le seizième jour la malade rentre à l'hôpital. Le coude et le poignet droits sont douloureux, le genou gauche est tuméfié à l'extrême.

Le 24e jour, les autres articulations semblent guéries.

Seul le genou gauche présente les signes d'un épanchement très important. Ponction évacuatrice, sérosité purulente, verdâtre, contenant des *polynucléaires*, aucun microbe.

Ensemencement sur gélose : négatif ; sur gélose au sang : *gonocoques*.

Aucun gonocoque dans le mucus vaginal ni dans l'urètre. Immobilisation, compression.

Deux mois plus tard l'atrophie musculaire est énorme et on commence les massages et la faradisation.

Sort au bout de trois mois avec de la raideur de la jambe.

Obs. 49. (Fresnay).

Mme L. B..., 23 ans, 1 pare, journalière.

Entre à la Maternité de la Charité le 12 août, en travail (dilatation comme deux francs). Venue trois fois à la consultation des femmes enceintes pendant sa grossesse. Rien à signaler.

Antécédents personnels : aucun antécédent pulmonaire ou spécifique. Pas de manifestations rhumatismales à aucun moment. Réglée à 14 ans, régulièrement. Dysmenorrhée habituelle. Leucorrhée depuis deux ans, date qui correspond à son mariage. Pas de pertes teintées de vert ni de douleur à la miction.

Histoire de la maladie : grossesse actuelle tout à fait normale sans complication.

Accouchement normal à terme.

Sommet en O. I. G. A , dégagement en O. P., garçon vivant pesant 3 kg. 650, délivrance naturelle pesant 650 gr. membranes complètes.

Urines normales, température normale.

Suites de couches normales jusqu'au 25 août. La malade allaite.

Le 25 août au soir, brusque élévation de température à 40°. Violentes douleurs dans le genou droit aux moindres mouvements de flexion du membre.

A l'inspection rien d'anormal.

A la palpation profonde de l'articulation on éveille un peu de douleur au niveau de l'interligne et en arrière au creux poplité.

L'utérus est légèrement sensible à la palpation le trajet des veines iliaques et fémorales n'est pas douloureux, néanmoins on pense à un début de phlegmatia et on immobilise la jambe dans une gouttière. Pouls 110.

Le 26 août, le genou droit est légèrement augmenté de volume en masse, un peu douloureux à la palpation. La flexion de la jambe sur la cuisse est douloureuse. Le membre lui-même n'est pas augmenté de volume température 38°7. Pouls 110.

Le 27 août : le malade a beaucoup souffert de son genou pendant la nuit. Le genou est encore augmenté de volume globuleux. Effacement des méplats. Les moindres mouvements sont douloureux, mais pas de douleurs spontanées. Le choc rotulien est nettement perçu, épanchement articulaire assez considérable. De plus, la malade se plaint de douleurs localisées au pouce gauche et à l'index droit (articulations métacarpo-phalangiennes), On pose le diagnostic de rhumatisme blennhorragique. Température 38°5. Pouls 104.

Le 28 août : le genou est de plus en plus douloureux ;

l'hydarthrose ayant encore augmenté de volume. Aucun signe de phlébite.

L'utérus est encore petit et indolore.

Injection de 3 cm³, de Dmegon. Température : 38°1. Pouls : 100.

Le 29 août, l'état du genou n'a pas varié. Il est très douloureux à la palpation et aux mouvements Température : 39°. Pouls : 110.

Le 30 août. aucun changement.

Le 31 août : ponction du genou, liquide louche, contenant des *polynucléaires, quelques cocci, pas de gonocoques* à l'examen direct. On refait une injection de 2 cm³ de Dmegon.

A 15 heures la malade est prise d'un grand frisson, avec température ; 39°5. Pouls ; 120. Le genou est particulièrement douloureux, les culs-de-sac tendus et chauds.

Le 1er septembre, le genou a encore augmenté de volume, la douleur est maintenant spontanée. Température : 39°6. Pouls : 124.

Le 2 septembre ; arthrotomie (docteur Metzger). On ouvre l'articulation par incision parallèle au bord externe de la rotule de 15 centimètres de long. Issue d'un peu de liquide séro-sanguinolent avec grumeaux verdâtres. Prélèvement en vue d'un examen bactériologique. Lavage de l'articulation à l'éther, sutures profondes et superficielles aux crins, gouttière. Anesthésie à l'éther. Température ; 39°6. Pouls : 116.

Examen bactériologique du prélèvement.

Pas de gonocoque, aucun bacille à l'examen direct. Culture sur gélose ascite : toutes sortes de micro-organismes, sauf du gonocoque.

Le 3 septembre la malade souffre beaucoup de son genou. Morphine. Température ; 39°. Pouls : 116.

Le 4 septembre, la malade a un peu moins souffert. Température : 38°8. Pouls : 112.

Le 6 septembre : aucune douleur spontanée. On retire la gouttière. Température ; 39°2. Pouls ; 124.

Le 7 septembre : pansement. La plaie est parfaite, aucune suppuration. Les sutures ont tenu. L'articulation a beaucoup diminué de volume. Température : 38°7. Pouls : 108.

Le 12 septembre ; pendant le pansement on commence la mobilisation forcée, contre le gré de la malade. L'articulation est déjà très ankylosée et les moindres mouvements sont horriblement douloureux. Température : 38°2. Pouls : 88.

Le 12 septembre : ablation des crins. La plaie n'a toujours pas suppuré.

Continuation de la mobilisation du quadriceps, on a à lutter contre le mauvais vouloir de la malade.

Le 15 septembre on commence les mouvements de flexion de la jambe sur la cuisse. Extrêmement douloureux.

Le 17 septembre, c'est-à-dire le quinzième jour de l'arthrotomie, pour la première fois, on arrive à décider la malade à mobiliser elle-même son articulation.

Le 20 septembre, la malade s'assied toute la journée, sur le bord de son lit, la jambe fléchie.

Le 25 septembre : massages et mouvements forcés.

Le 28 septembre, la malade se lève et fait quelques pas avec une légère tendance à ne pouvoir étendre complètement le membre.

Le 10 octobre : la malade sort en bon état. Un peu de limitation des mouvements du membre inférieur droit. Aucune douleur

La malade n'a pas cessé d'allaiter, pendant tout le temps de sa maladie.

L'enfant sort en parfait état.

Obs. 50 (Cumston).

X..., 18 ans, I pare. Leucorrhée avant l'accouchement.

Dans la quatrième semaine des suites de couches, arthrite

genou droit avec gros épanchement (A cette époque présente encore un écoulement lochial *qui cultivesur blutagar*.

Sort au bout d'un mois et demi, avec la raideur partielle de l'articulation, due d'après l'auteur, à une immobilisation et à une compression trop prolongées.

Obs. 51 (Mauclaire).

X...., 22 ans. I pare. Accouchement normal, à terme. Leucorrée pendant toute la grossesse.

Le deuxième jour des suites de couches, douleur du coude gauche avec gros épanchement. La ponction ne donne un liquide séro-purulent (ensemencement négatif. Résorption lente de l'épanchement.

Sort guérie 2 mois plus tard.

Obs. 52 (Stone).

X..., 42 ans, III pare, trois accouchements normaux à terme.

Au 4e jour des suites de couches, l'enfant présente de l'ophtalmie purulente à gonocoques.

Le 7e jour, arthrite, coude droit, avec grosse tuméfaction et impotence fonctionnelle complète.

En même temps, la femme présente des lochies fétides où l'on trouve des gonocoques.

Sort au bout d'un mois et demi avec une ankylose complète du coude droit.

Obs. 53 (Simpson).

Au 5e jour de l'accouchement, arthrite suppurée du coude gauche. L'articulation s'abcède et donne du pus vert et caséeux mal lié (incontestablement il y avait du gonocoque).

L'enfant était atteint en même temps d'une ophtalmie qui

fut rebelle à tous les traitements et qui se termine par une fonte purulente des deux yeux.

La femme sort non guérie et est perdue de vue.

Obs. 54 (Kœnig).

X.. , 20 ans, I pare, aucun antécédent.

Le 14e jour des suites de couches, frissons, fièvre, douleur genou gauche et coude droit. L'écoulement lochial ne tarit pas. Au 20e jour le genou est guéri et indolore.

Epanchement au coude. La tuméfaction s'abcède. A l'examen bactériologique du pus, pas *de gonocoque*. Mais il en existe dans l'écoulement lochial.

Sortie guérie avec l'ankylose un mois plus tard.

Obs. 55 (Braunberger).

X..., 30 ans, III pare.

Trois accouchements normaux à terme, leucorrhée depuis sa deuxième grossesse.

Un mois et demi après l'accouchement pendant l'allaitement arthrite coude gauche avec suppuration spontanée (pus verdâtre et grumeleux).

Sort un mois plus tard, ankylose.

Obs. 56 (Georgiades).

X..., 22 ans, I pare.

Grossesse normale, accouchement normal à terme. Allaite.

Un mois après, arthrite poignet droit.

Sort cinq mois plus tard avec une ankylose complète.

Obs. 57 (*Inédite*) (due à M. Mondor).

Mme L..., 1928, 30 ans.

Antécédents personnels ; rhumatismes noueux à 17 ans.

Mariée en fin avril 1925, et pendant la première rechute chez le mari d'une blennorragie ancienne.

Premier enfant en mars 25 : accouchement normal.

Janvier 1926 : 2e grossesse.

Mars 1926 : fausse-couche : température

Le lendemain la malade accuse une légère arthralgie de la hanche gauche. La température monte à 41° avec frissons.

Le 4e jour, **curettage,** abcès intra-utérin.

Le 5e jour arthralgies cervicales et scapulo-humérales. Limitation des mouvements de la scapulo-humérale et douleur au niveau de la sterno-claviculaire.

En juin 1926, fistulisation de l'arthrite sterno-claviculaire droite.

Rayons ultra violet amenant une guérison de l'arthrite.

En septembre 26 : nouvelle tuméfaction sterno-claviculaire qui se fistulise sans douleurs.

A cette époque rien de génital. Pas de pertes.

Septembre 1927 : 3e accouchement normal : pas d'arthrite, l'enfant n'a pas d'ophtalmie. Lochies normales.

2 mois après l'accouchement, on note une reprise de l'arthrite sterno-claviculaire qui grossit à nouveau et se fistulise. Pas de température. Peu de douleurs. Issue d'un séquestre osseux (?).

Vue en mars 1928, grosse déformation sterno-claviculaire droite qui est hypertrophiée non douloureuse. Trace de fistule actuellement fermée.

Examen vaginal : pertes blanches, *bactériologique* : révèle la *présence de gonocoques nets mais rares en flore associée.*

CHAPITRE VII

FORMES CLINIQUES DE L'ARTHRITE BLENNORRAGIQUE

I. — Formes septicémiques

Lorsque nous avons étudié l'étiologie des arthrites blennhorragiques de la puerpéralité nous avons insisté sur l'influence aggravante de la grossesse sur la blennhorragie. Noeggerath, Cumston, Kœnig ont démontré successivement la tendance à la généralisation de la septicémie dans les suites de couches.

Les cas d'endocardite à gonocoque quoique très rares ne sont pas exceptionnels. Nous ne ferons cependant que rappeler ces cas qui n'entrent pas à justement parler dans le cadre de notre description.

Mais Faure-Beaulieu dans sa thèse sur la gonohémie insiste sur la fréquence des manifestations articulaires dans les septicémies à gonocoque, et dans 32 observations citées, relève des arthrites dans 26 cas. Il n'est donc pas étonnant que dans les infections puerpérales

port partum dues au gonocoque on retrouve des arthrites. Mais ces manifestations sont rares. Nous n'en avons retrouvé que cinq cas. Dabney et Harris citent un cas avec arthrite purulente où le gonocoque fut retrouvé coïncidant avec une endocardite au cours d'un état général grave. Vaille dans sa thèse rapporte un cas de septicémie du post partum avec arthrite où la preuve bactériologique n'est pas donnée, son travail étant antérieur à la découverte du gonocoque, mais où les antécédents du sujet et l'ophtalmie du nouveau-né semblent bien en faveur d'une gonococcie.

Poussin enfin dans sa thèse 1917 rapporte un certain nombre de septicémies à gonocoque où les hémocultures furent positives. Mais parmi ces cas nous ne relevons que deux septicémies s'accompagnant d'arthrites.

Dans les divers cas cités, le début est le plus souvent brutal, soit le lendemain de l'accouchement, (cas de Norris) et obs. 58 (Poussin) ; 3 jours après (Poussin, n° 59), soit 10 jours après (observation de Doleris, n° 60).

L'évolution est rapidement grave. Les signes généraux élevés. La température oscille autour de 40 ; les sueurs sont abondantes.

Localement le ventre est ballonné, douloureux ; l'utérus reste gros et les lochies fétides. Pendant un temps variant de quelques heures à quelques jours on n'observe que des signes pelviens coïncidant avec des signes généraux importants.

L'arthrite n'apparaît que secondairement et reste souvent au second plan.

Il s'agit parfois d'arthralgies simples avec léger gonflement articulaire.

Il s'agit plus souvent d'arthrite purulente ou séro-purulente où le gonocoque est fréquemment retrouvé. La localisation cardiaque précède dans certains cas (Poussin) la localisation articulaire, mais parfois elle n'est que secondaire. Elle n'est du reste pas absolument constante. Mais quand elle existe elle est d'un pronostic à peu près fatal. Dans les cinq cas que nous avons relevés, la mort est survenue quatre fois.

Dans la première observation de Poussin la guérison survient cependant malgré une localisation à l'endocarde, sans séquelles. La durée totale fut dans ce cas de un mois.

Ces cas doivent sans aucun doute être rapportés à une septicémie gonococcique comme le démontre l'hémoculture positive dans deux cas. Mais parfois à une association du streptocoque au gonocoque (observation de Poussin n° 59) où le gonocoque fut retrouvé dans une première hémoculture et le streptocoque dans une deuxième hémoculture plus tardive pratiquée peu avant la mort.

Obs. 58 (Thèse de Poussin, 1917, *Clinique Baudelocque*).

P. 27 ans, première grossesse 1911, accouchement spontané à terme. Suites de couches normales. 2e grossesse actuelle. Dernières règles janvier 1917.

9 février : injection intra-utérine, eau savonneuse.

10 février : abdomen douloureux, pertes noirâtres, col déchiré à peine perméable, ictère léger, langue saburrale, température : 40°2, pouls : 110.

11-12 février : *Douleur épaule droite.*

13 février : arthrite scapulo-humorale, sensation fluctuation.

14-15-16 février : Diminution arthrite, craquements.

17 février : Disparition de l'arthrite.

18 février : Localisation cardiaque. Pas de localisation annexielle, hémoculture négative.

19 février : Empâtement louche.

21 février : Abcès fixation.

22 février : *hémoculture, gonocoque*, examen *pus vaginal : strepto, gono* ; pus urèthre : *gono.*

26 février : 2e abcès, fixation.

1er mars : Amélioration.

5 mars : Ouverture abcès.

11 mars : Hémoculture négative.

19 mars : Guérison.

Obs. 59 (Poussin) *Thèse Paris* 1917, *Pitié*, nº 276, 1917.

Primipare, 27 ans, D. R. 16 mai 1916.

13 février 1917 : Début travail à 4 heures, O. I. G. A. vivant.

16 février : Acc. garçon 3700.

19 février : Elévation thermique, annexes droites douloureuses, lochies normales.

22 février : Temp. 40, douleur face post cuisse droite.

24 février : Rhumatisme polyarticulaire, poignet et coude gauche ; Temp. 39. *Lochies gono.*

25 mars : Temp. 39°8, pouls 120, frissons, hémoculture *gono.*

26 mars : Sérum antistrepto.

27 mars : Amélioration, lochies fétides au niveau urètre, gono.

28 mars : Amélioration des polyarthrites, apparition de 2 foyers de broncho-pneumonie, hémoculture négative.

2 mars : Amélioration.
4 mars : Pleurésie primitive séro-fibrineuse.
5 mars : Abcès fixation qui ne se collecte pas.
15 mars : Phlegmatia.
20 mars : Hémoculture *streptocoque*.
25 mars : Escarres.
30 mars : Décès, pas d'autopsie.

Obs 60 (Doléris).

F..... 19 ans, grossesse 6 mois. signes de cystite et pyélonéphrite, 10 jours après éruption.

20 mai : Eruption polymorphe accusée, entrée en travail, douleurs violentes bras, jambes et au niveau des articulations.

22 mai : Œdème des 2 membres inférieurs. Empâtement diffus du mollet droit, lymphangite tronculaire de la face externe. Rougeur diffuse, empâtement région malléolaire externe droite. Douleur vive à ce niveau. Etat général mauvais qui s'aggrave. Signe de péricardite aiguë. Parotidite. Mort.

Autopsie : pus le long des extenseurs, jambe droite et parotide ; pus du péricarde : gonocoque.

Obs. 61 (de Schwartz *in* Barral).

X..... Primipare, âgée de 43 ans, accouchement le 19 mars 1885, terme.

Antécédent héréditaire.

Antécédent personnel nul. Au cours de sa grossesse la malade avait accusé des pertes blanches très abondantes et dans les 6 derniers mois une leucorrhée jaune verdâtre ; cystite.

11 jours après l'accouchement la malade accuse des douleurs multiples, prédominant surtout au coude et poignet

gauche, qui sont gonflés. La température s'élève, l'état général s'aggrave.

Lochies abondantes. Utérus en voie de régression.

Le 18e jour : Endocardite.

Le 21e jour : Mort en hyperthermie.

Pas d'autopsie.

Obs. 62 (Vaillé).

X..... 21 ans, I pare, après un accouchement prématuré, à 7 mois 1/2 sans cause connue d'un enfant ayant vécu 2 heures.

Le sixième jour des suites de couches, la malade accuse des douleurs intenses au niveau des deux genoux et coude droit. La fièvre s'élève. L'état général s'altère.

Pendant 15 jours, frissons répétés. La température oscille entre 39 et 40. L'utérus reste un peu gros. Les lochies sont cependant normales ce qui fait éliminer l'infection puerpérale.

Au bout d'un mois le coude s'abcède et donne issue à un pus grumeleux et vert.

Amélioration rapide.

La malade sort sur sa demande et est perdue de vue.

Obs. 63 (Smith).

C.. .. 22 ans, 25 décembre 1888, primipare.

Au cours d'un travail long et pénible, douleur très vive, muscle utérin.

On porte le diagnostic de rhumatisme utérin et l'on fait l'application de forceps.

Le 30 décembre, état normal, les lochies sont peu normales, l'utérus est normal.

Le 31 décembre : la malade accuse une douleur au niveau du coude droit qui gonfle rapidement.

L'état général est bon.

Au début de janvier l'état général s'aggrave, la fièvre est élevée, le pouls rapide, les frissons fréquents. La malade accuse une douleur thoracique vive.

Le 11 janvier le genou gauche se prend et gonfle vite.

Le 16 janvier amélioration locale, mais la température reste élevée.

Le 25, localisation pulmonaire. Mort.

Entre temps, l'enfant avait eu une ophtalmie blennhorragique.

II. — Formes d'arthrite des articulations du bassin

Il nous a semblé intéressant d'isoler dans un chapitre particulier les arthrites qui atteignent les articulations de la ceinture pelvienne.

En effet la distension que subissent ces articulations au cours de la grossesse, le traumatisme parfois violent au moment de l'accouchement semblent tout naturellement les prédisposer aux arthrites.

De fait, l'attention a été attirée sur ce sujet depuis longtemps. Benjamin Dubois en 1879, Cubertafon puis plus récemment Louvet en 1902 y ont consacré leur thèse. Néanmoins ces arthrites ne nous ont pas paru relativement très fréquentes.

On les voit d'une part au cours de la grossesse, d'autre part au cours des suites de couches.

On sait que le relâchement des symphyses du bassin est un phénomène physiologique. Il devient pathologique lorsqu'il s'accompagne de douleurs. Mais il s'agit là, semble-t-il, d'un simple phénomène mécanique sur

lequel nous n'insisterons pas si ce n'est parce qu'il semble de ce fait prédisposer à une localisation infectieuse. Vinay cependant le considère comme étant de nature inflammatoire.

Les arthrites réellement inflammatoires surviennent le plus souvent dans les derniers mois de la grossesse (Dubois, Cubertafon) ou après l'accouchement elles sont dans ce dernier cas le plus souvent purulentes. Parfois simples douleurs polyarticulaires sans phénomènes généraux, elles se distinguent du relâchement douloureux des symphyses par la coexistence de coccygodynie et d'arthralgie sacro-coccygienne qui manquent toujours dans le relâchement simple des symphyses (Budin). De plus elles ne sont pas soulagées par le port de la ceinture de Martin (Cubertafon).

Souvent à la suite de cette période de douleurs périarticulaires, la localisation à une des symphyses se fait plus nettement.

Le début d'autre part peut être brutal, soit avant l'accouchement, soit au cours de l'accouchement qui joue le rôle de traumatisme localisateur.

L'articulation le plus souvent atteinte est la symphyse sacro-iliaque gauche (Cubertafon), plus rarement le pubis.

Parfois ce n'est qu'au moment du premier lever que les symptômes se manifestent (Budin).

Le premier symptôme en date est la douleur au niveau d'une fesse, douleur qui irradie dans la cuisse sous forme de sciatique ; sourde ou quasi continue elle est exaspérée par le moindre mouvement et par la pression

s'exerçant de bas en haut. Le toucher vaginal permet du reste de retrouver cette douleur nette à la pression de l'articulation. Il permet en outre de reconnaître de préférence dans les formes aiguës un empâtement léger en forme de bourrelet longitudinal, soit en avant de la symphyse sacro-iliaque, soit en arrière de l'articulation pubienne.

Le pronostic de cette arthrite non suppurée est rarement redoutable. Elle dure de 15 jours à 6 semaines en moyenne. Budin a vu cependant l'impotence fonctionnelle persister plusieurs années.

Pour les arthrites suppurées, Louvet admet dans sa thèse, la tendance à la suppuration que la grossesse donne à toute arthrite. Il semble bien qu'il s'agisse dans la majorité des cas d'une infection secondaire due au streptocoque soit directement à la suite d'éraillure de la muqueuse vaginale, soit par pyohémie comme dans les arthrites à streptocoque banales, l'observation n° 68 due à M. Rudaux semble être une arthrite streptococcique quoique aucun examen bactériologique n'ait été fait.

Nous citerons enfin une complication grave mais heureusement très rare, c'est la rupture de la symphyse pubienne. Dans sa thèse M. Rudaux rapporte une observation d'arthrite pelvienne compliquée secondairement de rupture de la symphyse au moment de l'accouchement. Le rôle prédisposant de cette arthrite ne semble pas pouvoir être nié (Obs. n° 68).

Arthrites du bassin

Obs. 64 (Loubet).

P... II pare, 22 ans.

Première grossesse il y a 2 ans 1/2, bartolinite double. pertes blanches, enfant mort.

Antécédents personnels, à l'âge de 8 ans 1/2, coxalgie droite, guérie avec ankylose.

Grossesse actuelle évoluant normalement près terme, accouchement le 7 janvier 1903 à la Pitié en O. I. G A.

Accouchement rapide, enfant sexe féminin. 3.445 gr. Les suites de couches d'abord normales.

Le 23, douleur au niveau sacrum irradie le long du nerf sciatique. Temp. 38°3, pouls 104.

Le 24, examen possible, douleur vive sacro iliaque gauche. Toucher vaginal douleur sacro-iliaque. Signe d'Erichson et Larrey positifs. Pas de traces d'inflammation superficielle.

Le 25, amélioration, les douleurs diminuent, pas de fièvre.

Le 23 février, la malade sort Plus de douleurs spontanées. La symphyse reste douloureuse.

Revue le 10 juillet, elle dit ne plus souffrir et pouvoir vaquer aux soins du ménage.

Obs. 65 (Lop, 1901).

X... primipare, accouchée le 28 février 1900 accouchement 28 février, difficile, siège extraction ayant duré 1 heure, fœtus mort, puerperum fébrile, peu d'intensité, pas de douleurs.

Le 16e jour, malade essaye de se lever. Elle ressent des douleurs très vives dans la symphyse et la région illiaque.

Le médecin est appelé le 36e jour ; douleur sacro-iliaque et sacro-coccygienne, mobilité articulaire exagérée et douloureuse, paroi supérieure du vagin bourrelet œdémateux.

Ecartement symphyse pubienne est de 4 centimètres. Port d'une ceinture plâtrée.

Guérison complète en 40 jours.

Obs. 66. — (Budin, 1893).

X..., secondipare.

Première grossesse en 1890, 6 mois 1/2, fièvre typhoïde.

Deuxième grossesse, date difficile à préciser, la malade ayant eu des hémorragies pendant toute sa grossesse.

En janvier (au 5e mois) douleur vive fesse gauche attribuée au relâchement de la symphyse.

Accouchement en avril 1892, O. I. G. A., fille pesant 4320 gr., douleurs très vives pendant l'accouchement, lever au 10e jour, douleur très vive du côté gauche.

Examen : extérieurement douleur vive sacro-iliaque gauche. Toucher vaginal douleur intense, léger bourrelet inflammatoire le long de la symphyse. Pas de mobilité anormale des symphyses ; immobilisation, guérison rapide.

Obs. 67. — (Bonnaire, 1892, *in* thèse Cubertafon).

X..., primipare, 8e mois, domestique.

Début, travail 6 heures soir, O. I. G. A.

Accouchement le lendemain à 11 heures ; suites de couches normales au début.

4 jours après douleur vive sacro-iliaque gauche, douleurs qui encadrent cuisse gauche, impotence absolue.

Le toucher vaginal est impossible en raison de la douleur.

Au 8e jour des S. de C., toucher est possible, douleur nette à la symphyse, léger bourrelet. Rechute légère vers la fin du premier mois.

Sous l'influence de pointes de feu et de salicylate la guérison survient et la malade sort au bout de deux mois.

Obs. 68. - (M. Rudaux, 1898).

P..., 35 ans, Charité, mai 1898, IV pare.

3e mois, chute sur le dos, douleur région pubienne qui persiste assez longtemps.

Le 12 avril, érésypèle de la face.

A la fin d'avril, douleur aiguë intense de la région pubienne augmentée par les mouvements des membres inférieurs.

Le 5 mai, début travail qui s'arrête. La douleur persiste intense au niveau de la symphyse, avec état général altéré.

Le 11 mai, travail. Douleurs très vives au niveau de la symphyse.

Le deuxième jour des suites de couches gonflement de la région pubienne. Tumeur dure douloureuse remontant à trois hauteurs de doigt au-dessous de l'ombilic légèrement fluctuante. Température au-dessus de la moyenne. Lochies fétides.

Incision de l'abcès : issue de pus verdâtre dont l'examen n'est pas fait.

L'examen montre la disjonction de la symphyse, on met deux crins. Pansement serré.

Au bout de huit jours ablation des crins. Amélioration. Guérison avec quelques séquelles douloureuses.

Obs. 69. — (Backer).

Compl. rares blenn. Meduzon Vienith 1905, p. 525.

Servante 23 ans, primipare.

D. R., nov. 03.

Depuis 4 septembre : Leucorrhée abondante, cystalgie.

25 septembre : accouchement difficile (Forceps) enfant volumineux, bassin rétréci.

A la suite mastite, cystite, endométrite.

Examen : lochies, présence de gonocoque.

10 jours après l'accouchement, 6 octobre : frisson, 39°, puis 38°5, et retour rapide à la normale

En même temps douleur vive sacro-iliaque gauche et symphysienne.

Tous les mouvements du bassin sont douloureux.

Examen sacro-iliaque gauche : tuméfaction douloureuse.

Sous l'influence du repos la douleur diminue. Les signes généraux disparaissent

La malade sort au bout de 2 mois avec douleurs et difficulté à la marche persistante.

III. — Coxite blennhorragique.

Nous envisagerons comme dernière forme clinique une localisation particulièrement grave de l'arthrite blennhorragique puerpérale. C'est la localisation au niveau de l'articulation coxo-fémorale Cette localisation avait bien été signalée autrefois par les auteurs allemands Koenig, en particulier avait insisté en 1901. Mais elle semble ignorée pendant longtemps par les auteurs français.

La femme enceinte et l'accouchée y semblent particulièrement exposées (Silberstein 1905). Sa fréquence est difficile à apprécier. Mauclaire, 1895, sur 36 cas de pyo-arthroses cite 3 cas concernant l'articulation coxo-fémorale. Finger cite 18 cas sur 376.

On peut observer toutes les formes cliniques arthralgies polyarthrite (cas n° 74, Langeron Delcourt) arthrite suppurée, arthrite pseudo-phlegmoneuse.

Mais il faut insister surtout sur l'extrême gravité de cette localisation, Zieber 1912 : « La hanche rarement

« touchée l'est toujours gravement et ne guérit presque « jamais sans raccourcissement et sans ankylose ».

Les lésions étendues, la luxation de la hanche sont fréquentes. Le retentissement de l'ostéoporose sur le cotyle peut entraîner des lésions du bassin redoutables et être cause de dystocie ou déformation pelvienne.

Nous avons réuni 7 observations d'arthrites coxo-fémorales, au cours de la grossesse et des suites de couches.

Sur ces 7 observations, 2 sont très anciennes : l'une thèse de Dubois 1879, l'autre thèse de Georgiades 1886, donnent peu de renseignements sinon qu'il s'agissait d'arthrite aiguë polyarticulaire, mais se localisant rapidement et se terminant par une ankylose plus ou moins complète.

Les autres observations sont plus complètes au point de vue clinique, 3 appartiennent à la grossesse, 2 au post partum.

Clinique : le début est en général brutal. La douleur est intense, atroce. Koenig souligne l'atrocité de cette douleur qui est plus marquée que dans toute autre localisation articulaire.

Les signes locaux sont rapidement marqués.

La cuisse se place en abduction, flexion et rotation externe.

Le gonflement est très souvent intense et marqué. Ces lésions s'étendent souvent très bas jusqu'au milieu de la cuisse.

L'œdème et l'impotence fonctionnels restent souvent

les seuls signes. Et l'on comprend dans ce cas la difficulté de faire un diagnostic avec un début de phlébite.

Sur les observations que nous reproduisons plus loin, dans la majorité des cas l'allure fut celle d'une forme pseudo-phlegmoneuse ayant succédé à une phase de polyarthrite. Dans deux cas il semble bien quoique aucune ponction n'ait été faite qu'il s'agissait d'une arthrite avec épanchement.

Dans tous les cas l'évolution a été particulièrement rapide et le résultat grave. Dans 4 observations dont nous possédons l'examen radiographique on constate des déformations osseuses particulièrement importantes. Il s'agit dans tous les cas d'une ostéoporose aiguë qui s'étend sur le col et peut même le dépasser. Moulonguet insiste sur l'ulcération compressive du toit du cotyle. La destruction porte sur la moitié supérieure de la tête et partie correspondante du cotyle. La ligne de cintre peut être rompue.

La destruction de la tête, l'élargissement du centre sont les deux lésions les plus fréquentes.

Dans l'observation de Kiembock (n° 75) on constate un élargissement de la cavite cotyloïdienne dans laquelle la tête est enfouie.

Dans l'observation de Mondor (n° 76) on constate un élargissement de la cavité acétabulaire, une destruction presque complète de la tête et une ascension trochantérienne de 4 centimètres.

Le pronostic de ces arthrites est toujours excessivement grave. Dans nos 7 observations on trouve

3 ankyloses en position vicieuse, 1 mort, 2 luxations pathologiques, 1 seule guérison sans séquelles.

Dans le cas de Hecker on observa la formation à la face interne du cotyle d'une tumeur osseuse dure, calcifiée, ayant nécessité une césarienne ultérieure.

Il faut enfin insister sur la difficulté du diagnostic dans certains cas avec les arthrites à streptocoque et surtout avec une phlébite. Nous rapportons à ce propos l'observation de Mondor (obs. n° 76) et nous rappellerons une observation de M. Ducroquet citée par Mondor où la malade fut immobilisée 6 mois avant que l'arthrite ne soit reconnue.

On voit donc la difficulté de diagnostic de la coxite et l'extrême gravité de son pronostic sur lequel on ne saurait trop attirer l'attention.

Obs. 70 (Dubois).

X..., 22 ans, 1 pare, blanchisseuse.

Au troisième mois de la grossesse, douleur au genou et au coude droits, puis à la hanche gauche. En un mois le genou et le coude guérissent.

Accouchement normal à terme. Suites de couches normales. Ankylose complète de la hanche.

Obs. 71 (Georgiades).

X..., 31 ans, 1 pare, mouleuse.

Soignée deux ans auparavant à Saint-Antoine pendant deux ans pour arthrite genou gauche, coïncidant avec des pertes jaunâtres, tachant le linge, ankylose complète du genou à la suite.

Au septième mois de la grossesse, douleur hanche droite,

avec frisson et fièvre. Immobilisation. Un mois plus tard passe dans une maternité où elle est perdue de vue.

Observation intéressante car il s'agit de rechute à l'occasion d'une grossesse.

Obs 72 (Kuliga).

Le sujet avait 41 ans. L'affection débuta au cours d'une grossesse, s'aggrava rapidement et la malade présenta des symptômes de coxite avec élévation de température.

L'étiologie neurogène fut éliminée, car du vivant de la malade l'examen du système nerveux ne présente rien d'anormal.

Sur un cliché radiographique l'ossification du bassin paraissait régulière et normale.

Mais la tête fémorale et le cotyle semblaient anormalement sombres, le fond du cotyle est formé d'os particulièrement riche en calcaire ; l'os iliaque droit porte près de la symphyse sacro-iliaque des taches sombres et irrégulières

Les lésions étaient bilatérales. Les régions acétabulaires formaient dans le pelvis deux voussures en forme de coupe de développements inégaux.

La plus grande hauteur comportait à gauche un centimètre et un peu plus à droite.

Le fond de chaque cotyle était formé d'une lame osseuse mince.

Le bord du cotyle était épais et tapissé d'ostéophytes.

La tête fémorale, participant au processus, était hypertrophiée. Les cartilages articulaires, généralement épaissis, présentaient des zones d'amincissement par usure.

Obs. 73 (Hecker).

Il s'agissait d'un bassin d'une femme de 35 ans d'allure vigoureuse, qui à 17 ans avait dû garder le lit pour une

« inflammation de l'articulation de la hanche droite », que la malade avait attribuée à un traumatisme.

Depuis cette époque on avait remarqué une limitation notable des mouvements, et un raccourcissement léger du membre correspondant. Vers 35 ans, elle se trouve enceinte pour la première fois. Au quatrième ou cinquième mois de sa gestation elle fut prise de violentes douleurs dans la hanche droite et dut garder le lit pendant 14 jours.

Par le toucher vaginal on atteignait difficilement le col utérin non effacé, mais perméable, par suite de sa position très élevée ; par contre le doigt heurtait une tumeur dure, solidement fixée, insérée latéralement à droite, et diminuant très sensiblement le diamètre transversal qui ne laissait passer que deux doigts.

On fit le lendemain une césarienne corporéale, au cours de laquelle il y eut une hémorragie abondante.

Peu après apparurent les symptômes de péritonite et 14 heures après l'opération la femme décédait.

L'autopsie révéla que la tumeur osseuse était entourée d'une couche de graisse très dense et dure.

A droite, le détroit supérieur ne présentait plus la courbure normale, la ligne innominée était redressée, le rebord du cotyle était hypertrophié et faisait une saillie de un centimètre environ.

Sur tout le pourtour du cotyle on trouva de nombreuses ostéophytes qui tapissaient la branche montante de l'ischion et sur une certaine hauteur la face externe de l'aile iliaque ; il s'en trouvait également sur le col fémoral, traduisant là un processus inflammatoire ancien.

Dans l'excavation, insérée sur la région cotyloïdienne, on trouva une tuméfaction osseuse faisant une saillie de 7 cent. dans le bassin commençant à la innominée droite, limité en bas par le trou obturateur et englobant l'épine sciatique. Sa circonférence maxima était de quinze centimètres. Sa

surface était irrégulière, tomenteuse, et rappelait l'aspect de la face utérine d'un placenta

Les diamètres furent mesurés :

Détroit supérieur conjugué droit . . .	12
Oblique droit.	13,9
Oblique gauche	12,8
Transverse.	9,7

Au détroit moyen, le diamètre transverse ne dépassait pas 5,3.

Au détroit inférieur il était de 9,8.

Dans ce bassin deux déformations sont à noter ; l'aspect pseudo-oblique ovalaire du bassin, avec redressement de l'arc interne droit, probablement consécutif à un arrêt de développement en rapport avec le début d'un processus infectieux local : (le début de la coxite remontait à l'âge de 17 ans, c'est à-dire à la période où s'opère la soudure de l'ilion et du pubis et où l'ossification de l'acetabulum n'est pas encore terminée).

Il y a d'autre part, la masse osseuse intrapelvienne qui probablement s'est développée ultérieurement.

Obs. 74 (Langeron et Delcour).

G. M..., entré à l'hôpital le 25 janvier 1927 pour douleurs articulaires, 7 mois.

Mari un an auparavant *urétrite-gono.*

Début apparent 20 janvier : Douleurs genou droit, et épaule gauche s'exagèrent et persistent depuis ; épaule gauche, hanche gauche, genou droit.

Examen : *épaule gauche*, endolorissement sans phénomènes inflammatoires ; *genou droit*, immobilisé en flexion légère avec injection des culs-de-sac, choc rotulien net : douleurs violentes à la mobilisation ; *hanche gauche*, gros empâtement qui gêne l'exploration de la région, pas de rougeur,

douleurs, mobilisation impossible ; *autres articulations* : rien.

Leucorrhée sans dysurie.

Traitement : salicylate : 12 gr. par jour.

Semaine suivante : douleurs abandonnent épaule, se fixent au genou et à la hanche.

Péri-arthrite : œdème, grande lèvre, sécrétions vaginales, pas *de gonocoque*.

2 février : ponction genou droit : *liquide* louche séro-purulent homogène ; *gonocoques* rares. polynucléaires.

Vaccinothérapie : 5 ampoules vaccin au fluorure de sodium.

Etat général décline, température oscillante, numération 23.000 leucocytes, 83 % polynucléaires.

27 février : autohémothérapie, douleurs articulaires se calment.

15 mars : depuis deux mois de auto-hémothérapie guérison complète de l'arthrite de la hanche. La hanche peut être mobilisée, raccourcissement de 5 centimètres.

Accouchement à terme, enfant bien portant.

Suites de couches normales.

Fin avril : examen.

Hanche : rotation interne de la cuisse, ascension marquée du trochanter, raccourcissement de 4 cm. mouvements actifs impossibles.

Radiographie : Subluxation en haut tête fémorale, décalcification du fémur et de l'acétabulum, interligne irrégulier et mal dessiné.

Tête abrasée à sa partie supérieure et aplatie en galet. Le sourcil cotyloïdien extrêmement flou projette son ombre sur la tête.

Massage et mobilisation quotidienne, traction continue.

15 septembre : marche possible.

Sortie le 10 octobre ;

Etat à la sortie : déformation de la tête, cintre cervico-ob-

turateur déformé, tête et cotyle, contours nets, récalcifiés, interligne irrégulier. Mouvements sont possibles dans tous les sens, atrophie masse musculaire.

Obs. 75 (Kienbock).

Femme, 21 ans, primipare.

Au cours grossesse, vers le 3e mois, polyarthrite aiguë fébrile, leucorrhée, cystite.

La température se maintenant autour de 40e pendant plusieurs semaines.

Atteinte successive de la hanche droite, genou et poignet gauches.

Au bout de plusieurs mois la malade peut se lever, mais présente à ce moment un raccourcissement de la jambe droite.

Accouchement à terme, enfant normal.

Vue un an après son accouchement on note :

Hanche : raccourcissement de 3 centimètres. Masse musculaire atrophiée.

Extension limitée, ankylose presque complète en flexion légère et adduction, abduction presque impossible sans entraîner le bassin, grosse crépitation. Rotation impossible.

Séquelles d'arthrite du poignet et genou gauche.

Obs. 76 (M. Mondor).

B..., janvier 1927.

Le 21 septembre 1926, malade fait chez elle *un avortement* de 3 mois.

22 septembre on fait un curettage.

Voulant changer de lit le 23 septembre elle pose le pied à terre et ressent une violente douleur dans la hanche gauche.

La température monte à 39° ; on ne trouve rien d'anormal à l'utérus et comme la jambe est douloureuse et un peu enflée, on dit phlébite et on immobilise.

Œdème de la face antérieure de la cuisse, douleur persiste.

On pense en présence de la température à une septicémie et on fait un traitement général et abcès de fixation.

L'immobilisation dure jusqu'au 15 novembre.

Vers le 20e jour la malade accuse une douleur vive dans la région trochantérienne irradiant dans la fosse iliaque externe.

Au bout de 48 jours on commence le massage ; les articulations de la hanche et du genou sont raides.

Le 20 décembre le massage que l'on avait interrompu est requis et coïncide avec une élévation thermique nouvelle.

La malade est amenée à Beaujon où l'on constate :

Un raccourcissement de la cuisse de 3 centimètres ;

Une ascension du grand trochanter ;

Un élargissement de la racine de la cuisse non douloureuse.

Pas de cordon veineux, pas de ganglions inguinaux.

Les mouvements de la hanche sont à peu près nuls et douloureux.

Examen organes génitaux et urinaires.

Toucher vaginal n'a rien révélé d'anormal. La malade n'accuse pas de pertes blanches abondantes sauf un peu de leucorrhée.

Pas de cystite.

Examen bactériologique des sécrétions vaginales montre des *gonocoques*, vérifié à un deuxième examen.

Radiographie : élargissement de la cavité acétabulaire, destruction presque complète de la tête.

Ascension trochantérienne de 3 à 4 centimètres.

La malade sort avec luxation pathologique de la hanche et ankylose.

CHAPITRE VIII

INFLUENCE DES ARTHRITES BLENNHORRAGIQUES PUERPÉRALES SUR LA GROSSESSE ET LES SUITES DE COUCHES ET RÉCIPROQUEMENT

Nous avons vu l'évolution des arthrites blennhorragiques puerpérales qui n'est du reste que peu modifiée par la grossesse. Comme dans toute arthrite gonococcique l'évolution vers l'ankylose est la règle. Le pronostic est cependant bien plus grave dans quelques formes cliniques.

Nous avons signalé en effet l'évolution souvent fatale des formes septicémiques, l'évolution fonctionnelle redoutable des arthrites pelviennes et des coxites capables de gêner considérablement un accouchement ultérieur.

Il faut surtout retenir de ces diverses notions que le pronostic général est peu modifié par la puerpéralité.

Nous voulons cependant envisager un peu à fond les diverses perturbations que l'arthrite peut amener pendant l'état puerpéral.

Influence sur la grossesse

Fruhinsholz établit nettement dans sa thèse que la blennhorragie aggrave la grossesse soit en interrompant cette grossesse, soit en la compliquant. Les idées ont été reprises et développées par divers auteurs (Lop, Dujol) qui ont montré d'une part la tendance abortive de la blennhorragie, d'autre part sa tendance à la généralisation sous l'influence de la grossesse.

Mais l'arthrite blennhorragique est-elle de même capable à elle seule d'interrompre la grossesse. Il ne le semble pas.

Lassort prétend cependant que l'avortement ou l'accouchement prématuré sont la conséquence de cette arthrite. Mais ses observations ne sont pas elles-mêmes bien démonstratives.

Il cite un certain nombre d'observations où le salicylate peut tout aussi bien être incriminé que l'arthrite. En ne tenant pas compte de ces observations, il n'en reste que peu où la blennhorragie puisse être à juste titre mise en cause.

Et encore n'est-ce pas plutôt aux lésions locales d'endométrite qu'aux lésions articulaires que l'avortement est dû. Il est difficile de le savoir car on n'a pas dans les observations de Lassort aucun renseignement sur l'état génital de ses malades.

Actuellement l'influence abortive de « l'arthrite blennhorragique » n'est pas admise et dans la grande majorité de nos observations l'accouchement s'est fait normalement à terme.

Influence sur les suites de couches

L'opinion est, à ce sujet, unanime et personne n'a contesté l'aphorisme de Lorrain.

Si l'on ne peut nier que l'organisme de la femme enceinte cherche à se débarrasser du produit de la conception, cause première du rhumatisme puerpéral, on est contraint de remarquer que le plus souvent le puerpérum y est indifférent et que son évolution normale n'en paraît nullement troublée.

En aucun cas on ne voit soit la durée, soit l'aspect du post-partum modifié si ce n'est par l'évolution de la blennhorragie génitale qui, comme nous l'avons observé, est toujours aggravée par la grossesse.

Influence de l'état puerpéral sur la blennhorragie

Pour cela les opinions ont été beaucoup plus variées et les discussions plus vives. A l'heure actuelle il est hors de doute que la blennhorragie est toujours influencée et souvent défavorablement par la grossesse qui lui donne un coup de fouet.

Fruhinsholz en 1902, Dujol en 1913, ont montré que

souvent, à l'occasion de la grossesse, les signes d'une blennhorragie ancienne se réveillent, que la cystite et l'écoulementre paraissent, que dans les suites de couches le gonocoque trouve dans les lochies un milieu de culture très favorable. Lea, Cumston ont remarqué une modification des muqueuses vaginales et utérines qui deviennent plus épaisses.

Il est donc naturel de penser que sous l'influence de l'état puerpéral l'arthrite sera également modifiée.

Lorain en 1866 et Vaille en 1867 dans sa thèse estimaient que

> De même que la cessation de l'écoulement urétral coïncide souvent avec la fin du rhumatisme, il y a coïncidence entre la fin de la grossesse, cause du rhumatisme et la guérison des arthrites (Lorain).

L'accouchement apporte quelquefois une grande amélioration, d'autres fois il est sans effet avantageux (Vaille).

Mais ces opinions purement doctrinaires ne sont pas vérifiées par les faits et dans la grande majorité des cas, le rhumatisme continue à évoluer malgré la fin de la grossesse.

Tison, du reste, en 1876, nie, dans la majorité des cas l'influence heureuse de l'accouchement.

La théorie de l'amélioration est reprise en 1883 par Mercier (thèse de Bordeaux) qui essaye de démontrer l'influence bienfaisante de l'accouchement sur l'arthrite blennhorragique.

Tracou et Bué reprennent la même idée, proposent

avec Mercier d'interrompre systématiquement la grossesse. Or dans une dizaine de cas que nous avons réunis où la grossesse a été interrompue prématurément soit spontanément, soit volontairement, on a vu le rhumatisme évoluer malgré l'accouchement.

Le pronostic fonctionnel n'en a pas été meilleur du reste puisque sur ces dix cas on trouve 5 ankyloses, 3 raideurs articulaires, 2 guérisons complètes.

Il ne semble donc pas que le pronostic en ait été meilleur que dans les cas où la grossesse a été à terme.

Cette opinion du reste a été absolument combattue par les auteurs modernes et même Bar en 1895, puis Bégouin en 1896 estiment que l'accouchement comme tout traumatisme aurait, au contraire, une influence aggravante.

Influence de l'allaitement

Pinard (*thèse Paris 1878*) qui s'est occupé des arthrites de l'allaitement pensait que celui-ci a une action nettement aggravante comme dans les diverses maladies infectieuses intercurrentes et conseillait formellement dans ces cas d'interrompre l'allaitement.

Mais dans les quelques observations recueillies où l'allaitement a été interrompu, nous n'avons pas observé un résultat fonctionnel meilleur. Mais par contre le résultat de l'interruption de l'allaitement maternel a été dans la majeure partie des cas très défavorable pour l'enfant.

Influence des suites de couches

Il ne semble pas que les suites de couches aient eu sur l'évolution des arthrites ayant débuté pendant la grossesse une influence défavorable. Et dans la grande majorité des cas, l'évolution a continué vers l'ankylose sans que l'accouchement ait en quoi que ce soit modifié la marche.

Pour ce qui est des arthrites survenues pendant les suites de couches, il en est souvent de même.

Les anciens auteurs avaient été souvent frappés par l'évolution fréquente vers la purulence de ces arthrites survenues au cours du post-partum. Vaille dit notamment que la terminaison des

arthrites survenant après l'accouchement se fait le plus souvent par la suppuration.

Mais Tison est moins catégorique ; sans nier cette influence il dit :

Il ne faut pas que nous croyons qu'elle (la suppuration) est aussi rare dans le rhumatisme pendant la grossesse qu'elle est fréquente dans le rhumatisme puerpéral post-partum.

Cette tendance à la suppuration est aussi remarquée par Dubois, Cubertafon. Mais il faut remarquer que ces divers auteurs ne distinguaient pas nettement les arthrites purulentes de l'infection puerpérale à streptocoque des arthrites blennhorragiques. Si nous éliminons les premières on constate que l'arthrite suppurée

est beaucoup moins fréquente que ne le disaient les anciens auteurs.

Fresnay, dans sa thèse, ne pense pas que les suites de couches aient à ce sujet une influence quelconque.

Sur 36 observations d'arthrite puerpérale blennhoragique survenue au cours de la grossesse nous avons trouvé 9 observations d'arthrites suppurées, ce qui fait une proportion de 25 %.

Sur 33 observations d'arthrites gonococciques du post-partum nous avons trouvé 14 cas d'arthrites suppurées, soit 42,4 %, ce qui est sensiblement plus important.

Il serait cependant peut être prématuré de conclure que les suites de couche prédisposent particulièrement à la suppuration, et des statistiques plus modernes et plus complètes devraient être reprises à ce sujet.

CHAPITRE IX

ARTHRITES A STREPTOCOQUES

Il nous reste à étudier pour finir avec la partie clinique de ce travail, les arthrites à streptocoques, survenant dans les suites de couches. Ces arthrites sont devenues beaucoup plus rares maintenant qu'autrefois. Bien des observations d'arthrites purulentes du post-partum que Vaille cite dans sa thèse sont certainement des arthrites à streptocoque. Mais ces travaux sont antérieurs à l'ère aseptique et l'infection puerpérale était beaucoup plus fréquente autrefois que maintenant. La diminution de cette infection coïncide avec la disparition des arthrites à streptocoque et nous pouvons espérer qu'avant peu celles-ci auront complètement disparu.

Ces arthrites n'apparaissent pour ainsi jamais comme une manifestation isolée. Le plus souvent elles sont en relation avec un état général grave et ne viennent que comme une localisation pyohémique de l'infection puerpérale, soit comme première manifestation de cet état infectieux, soit au contraire tardivement.

Le plus souvent il s'agit de femmes ayant eu un tra-

vail long et prolongé et chez lesquelles il y a eu des manœuvres obstétricales

Dans le cas personnel (ob. n° 77). que nous avons observé le travail avait duré trois jours, les membranes avaient été rompues 80 heures avant l'accouchement. Enfin l'accouchement s'était terminé par des incisions du col avec pose de forceps. Dans l'observation de Nélaton le travail avait duré 50 heures sans manœuvres obstétricales ; dans les autres observations nous n'avons pas de renseignements sur la date de la rupture de la poche des eaux, facteur d'infection amniotique sur lequel les auteurs modernes ont particulièrement insisté.

Quoiqu'il en soit dans tous les cas, le début de l'infection a toujours été très précoce presque aussitôt après l'accouchement ; le lendemain ou au plus tard le deuxième jour la température s'est élevée aux environs de 40. Pendant une durée de 8 à 10 jours en moyenne la température se maintient en plateau aux environs de 40 avec un pouls rapide. Les frissons sont fréquents. L'état général est celui d'une septicémie.

A cette époque on constate fréquemment un utérus gros et mou dont l'involution est retardée. Il est souvent douloureux et peu mobile. Le col est largement ouvert, les lochies abondantes purulentes et fétides. Cette phase de métrite est très importante à connaître pour le diagnostic car elle manque rarement.

Il arrive cependant qu'elle manque ou tout au moins qu'elle soit peu accusée. Dans notre observation recueillie à la maternité, l'utérus était à peine gros et non douloureux. Les lochies ne furent jamais fétides.

Mais la phase septicémique ne manque jamais et Pasturel dans sa thèse y insiste beaucoup.

C'est généralement vers le dixième jour que se manifestent les signes de localisation. Parfois l'arthrite est la la première localisation. Parfois il existe une autre localisation antérieure.

Pasturel cite un cas où un phlegmon du ligament large a été le premier signe de localisation de l'infection, l'arthrite n'étant apparue que plusieurs jours après.

Le début est parfois brutal, marqué par une douleur vive avec impotence fonctionnelle marquée. D'autres fois la douleur n'apparaît que progressivement et reste toujours moins violente que dans l'arthrite gonococcique.

L'impotence fonctionnelle est rarement absolue, quelques mouvements restent encore souvent possibles, mais douloureux.

Les grosses articulations sont toujours en cause, coude, genou, épaule, hanche. Le gonflement est considérable, l'œdème s'étend souvent à distance. La peau est rouge.

A la palpation on a un empâtement diffus et augmentation de la chaleur locale.

On réveille à la pression de l'interligne articulaire une douleur vive. On a rapidement de la fluctuation. Il s'agit en effet d'une manière constante d'arthrite suppurée.

Dans nos deux observations personnelles nous avons constaté cependant que l'impotence fonctionnelle était minime et les mouvements passifs pouvaient être facilement provoqués sans douleur.

La ponction articulaire dans la majorité des cas ramène un liquide louche au début, franchement purulent en 24 ou 48 heures. Le liquide est verdâtre, plus ou moins épais, peu fétide.

Lorsque l'arthrite est constituée il est fréquent de voir les signes généraux s'amender. L'évolution est alors essentiellement fonction du traitement local d'une part de l'état de la plaie utérine d'autre part.

Si l'on intervient précocement l'arthrite jouant le rôle d'un véritable abcès de fixation on a une amélioration souvent très rapide de l'état général. La température baisse vite dans les jours qui suivent. Et la guérison surviendra.

Mais il est des cas où malgré la suppuration locale et son traitement la virulence de la septicopyohémie ne paraît pas atténuée. On voit après quelques jours d'amélioration l'état rester aussi médiocre et l'évolution se faire vers une autre localisation purulente (autres articulations, poumon, etc...).

Dans une de nos observations (n° 77) malgré l'arthrite de l'articulation de l'épaule, l'évolution continue : il est apparu une phlébite et un abcès lombaire.

En effet, la plaie utérine reste infectée et de temps à autre lance dans la circulation de nouvelles décharges microbiennes. D'où la nécessité de continuer un examen clinique de l'utérus qui, point de départ de l'infection, serait seul responsable de celle-ci.

L'arthrite laissée à elle-même cause de très graves délabrements. Si on laisse évoluer l'arthrite sans intervenir, l'évolution se fait immanquablement vers l'ou-

verture. On a des fusées purulentes à distance qui aggravent considérablement le pronostic même de l'affection. Mais le traitement chirurgical précoce améliore ce pronostic.

Contrairement aux arthrites gonococciques le pronostic fonctionnel est beaucoup moins grave. L'évolution ne se fait qu'exceptionnellement vers l'ankylose.

En général dans les cas qui guérissent, l'évolution se fait vers la *restitutio ad integrum* C'est tout au plus s'il persiste parfois un peu de raideur articulaire en raison de la pusillanimité des malades qui refusent la mobilisation.

Le pronostic général est très variable. Il dépend de l'état général de la femme et de la virulence du streptocoque. On sait que l'infection puerpérale est d'un pronostic toujours très réservé. Dans une de nos observations l'apparition de l'arthrite joue le rôle d'un abcès de fixation et l'infection alla s'atténuant. Mais fréquemment ces arthrites ne sont que les témoins de décharges microbiennes multiples et souvent simultanées et le pronostic en est redoutable.

Dans l'observation due à M. Lemeland (n° 84), le microbe était très virulent, l'examen histologique des articulations montra une défense naturelle complètement anéantie.

Obs. 77 (*Personnelle*).

Mme M..., Yvonne, maternité 1928, n° 45.

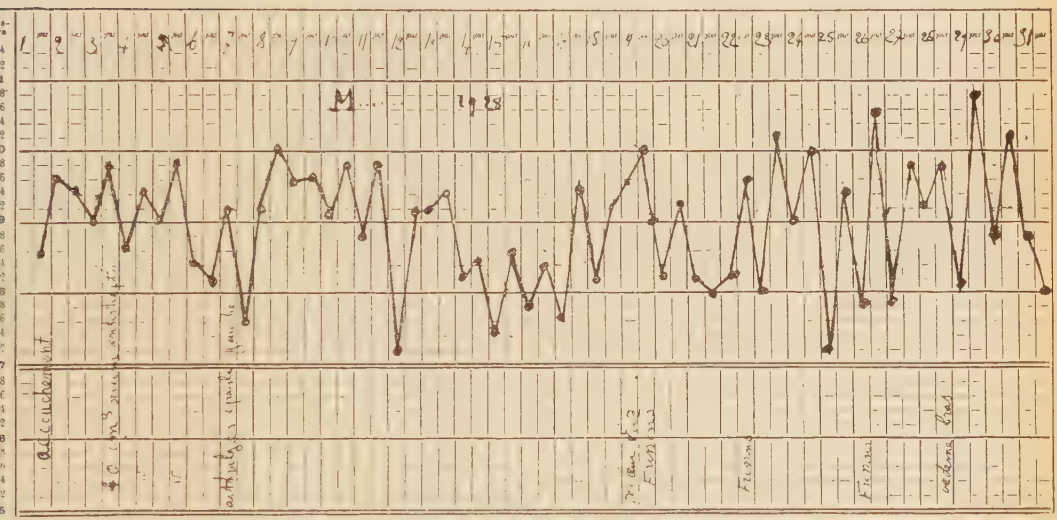
Malade âgée de 27 ans, primipare.

D. R. du 3 au 7 mars : Grossesse absolument normale sans

troubles sympathiques. *Pas d'antécédents* pathologiques.

Au cours de la grossesse la malade se plaint à plusieurs reprises d'arthralgie dans l'épaule gauche. N'a pas consulté, n'a pas suivi de traitement

La malade perd les eaux spontanément le 1er janvier à 23 heures, et ressent les premières douleurs le 2 à 6 heures du matin.



Elle entre à la Maternité le 3 janvier à 6 heures en ambulance.

A ce moment l'examen : tête pas très bien fléchie en O. I. D. P., enfant vivant. Dilatation entre 2 et 5, membranes rompues. B. de C. bons.

Le soir, 17 h. 30, temp. 37°8. Tête partie haute excavation, dilatation 5 frs, col œdématié, B. de C. bons, la température monte à 38.

Le 3 janvier : 10 h. Petite paume. Tête partie haute

O. I. D. P. — B. de C. rapides et réguliers. Pouls 120, température 38°7.

11 h. : La dilatation étant stationnaire les B. de C. modifiés, on décide d'intervenir, anesthésie au chloroforme, incisions du col, application forceps Tarnier en O. I. D. P., dégagement en O. P., garçon vivant : 4100 gr.

11 h. 30 : Délivrance naturelle complète 660 gr.

Le 4 janvier : Température 39°. Etat général bon. Aucun signes locaux. Utérus un peu gros non douloureux. Sérum antistrepto à titre préventif.

Le 7 janvier : La malade tousse, rien de pulmonaire.

Le 11 janvier : Quelques signes pulmonaires expliquant difficilement la température. La malade accuse une douleur vague, au niveau épaule gauche sans gonflement ni douleur localisée.

Le 14 janvier : L'utérus à peine augmenté de volume, col fermé, cul de sac droit un peu douloureux.

Le 20 janvier : Léger œdème sus-malléolaire gauche, douleur jambe.

On pense à un début de phlébite. Sangsues.

Le 24 janvier : Frisson, hémoculture négative.

Le 27 janvier : Douleurs vives au niveau de l'épaule irradiant dans bras gauche. Léger œdème de la main.

Le 30 janvier : Œdème du bras et de la main au niveau moignon épaule, œdème considérable qui s'étend sur la face interne du bras, de l'avant bras et au niveau de la main.

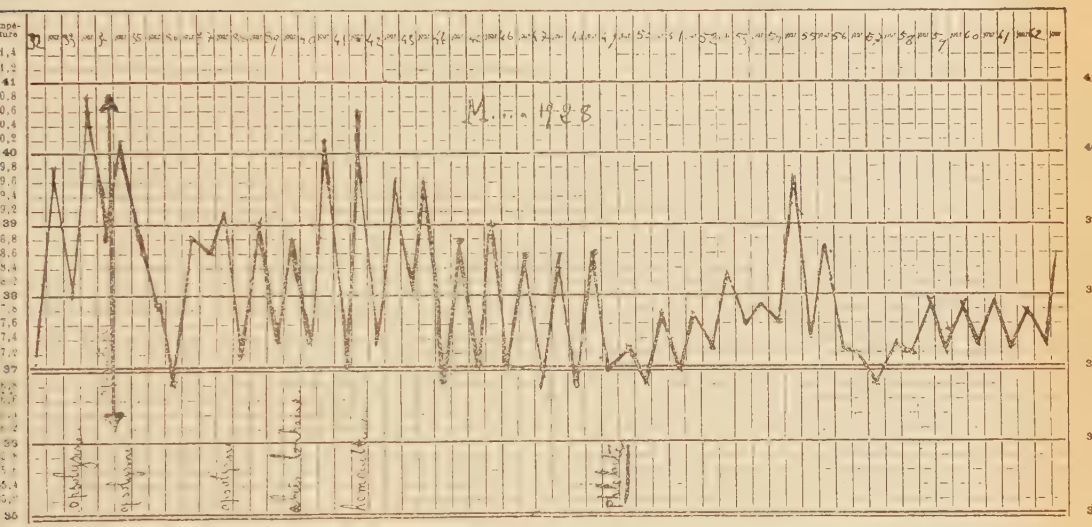
L'œdème est dur au niveau du moignon de l'épaule et du creux axillaire. On éveille une douleur très vive à la pression dé l'interligne articulaire de l'épaule et sur la face externe de la tête humérale.

Les mouvements articulaires sont très diminués et douloureux.

Le diagnostic d'arthrite est posé. Une ponction est pratiquée qui ramène du pus épais, verdâtre, mal lié, non fétide.

Le 31 janvier : La malade est passée dans le service de M. Launay, à Cochin. On pratique 2 injections de opsolisines.

Le 1er février : Œdème envahit la face, mouvements articulaires sont très diminués.



Au point de vue génital rien à signaler. L'évolution utérine est complète.

Radiographie épaule montre érosion de la tête humérale.

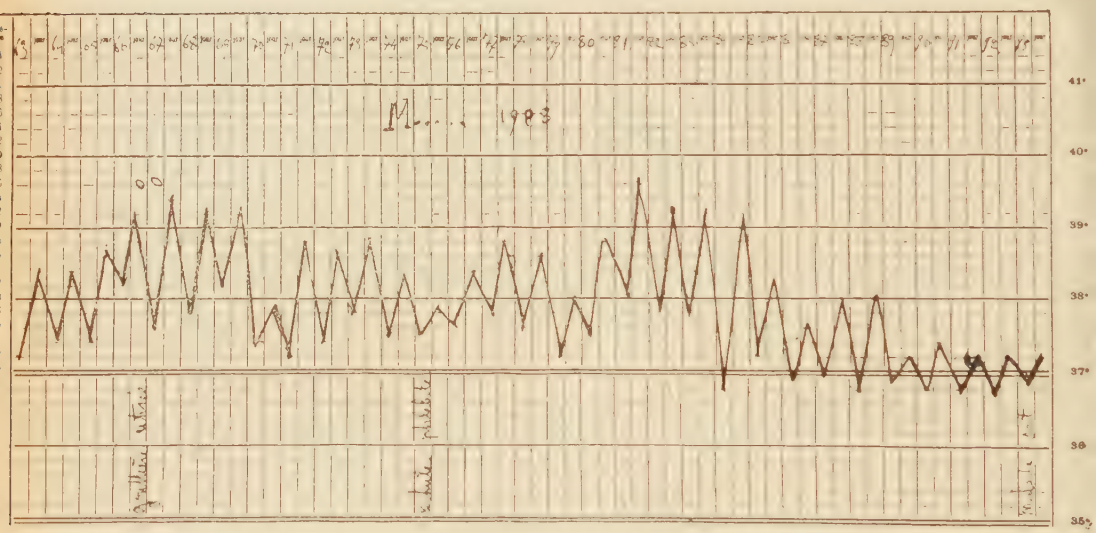
Le 2 février : Arthrotomie large ; grosse collection périarticulaire et articulaire. Issue de pus abondamment. Un drain articulaire, un drain périarticulaire.

Le 3 février : On retire le drain extra articulaire. *La température baisse*, mais remonte bientôt en relation avec une collection lombaire qui s'évacue spontanément le 5 février. La température remonte à nouveau alors que localement tout paraît normal.

Le 8 février : Frisson. Une hémoculture est pratiquée le 10 qui se montre négative.

Le 12 février : Etat articulation amélioré, gêne des mouvements, plus de douleur.

Le 16 février : Phlébite de la saphène extrême gauche, immobilisation en gouttière.



La température s'abaisse progressivement. L'état général s'améliore, la gouttière est retirée le 5 mars (16e jour de la phlébite).

Nouvelle petite poussée thermique le 15 en rapport avec une mobilisation trop active de la jambe.

La température se régularise à la fin mars et la malade sort le 14 avril conservant une raideur articulaire de l'épaule.

Examens bactériologiques : Le 27-1-28 ensemencement de quelques gouttes de pus en bouillon.

Après 24 heures d'étude bouillon clair avec dépôt au fond.

Examen coloration gram., chaînettes de streptocoques à l'état pur, gram fortement +, gelose ordinaire, ensemence directement avec le pus, nombreuses petites colonies très fines, gram strepto à gros grains très arrondis.

Le 30 : réensemencement du bouillon, colonies sur la gélose ordinaires, colonies en hauteur gélose Veillon.

Le 20 février inoculation de 1,5 veine d'un lapin de 1 kg. 900 sans résultat.

Le 2 mars : hémolyse positif.

Obs. 78 (thèse Pasturel, 1904).

Primipare accouchement début mars.

Peu après douleur hypogastre. Toucher vaginal col gros mou entr'ouvert. Utérus peu mobile.

15 juin : Incision au-dessus de l'arcade.

Le 20 août : *douleur genou droit*, rien à l'inspection, température monte brusquement à 39.

9 septembre : Arthrotomie, pus, streptocoque.

21 septembre : Malade sort guérie sans séquelles.

Obs. 79 (Potocki et Lacasse).

Infection, arthrite du genou droit. Mort.

B..., primipare, accouchement 1er août, terme ; frisson nuit du 1er au 2 août, température 40°4. Pouls 144.

Examen : escarres, œdème vulvaire, injection intra-utérine ; injections répétées pendant plusieurs jours.

8 août : Ventre douloureux ballonné.

9 août : *Arthrite du genou droit.*

10 août : Frisson, mauvais état général.

12 août : Aggravation.

13 août : Mort.

Obs. 80 (Œttinger et Potherat).

X..., II pare, accouchement normal le 13 mars 1904.

Les deux premiers jours de suites de couches sont normaux.

Le 16 la malade accuse de la céphalée, des frissons et la température monte progressivement si bien que le diagnostic de typhoïde est posé.

Le 22 : La malade accuse une douleur vive au niveau du genou gauche ; on constate un œdème marqué avec impotence fonctionnelle.

Le 26 : La température s'élève aux environs de 40, la douleur est très vive. On note de l'empâtement et on tire par ponction un liquide visqueux peu abondant.

Le 28 : Les accidents articulaires s'accentuent, ponction : pus franc où l'on trouve du streptocoque.

Le 29 : Œdème très considérable, le genou est globuleux, les culs-de-sac forment saillie. On fait une arthrotomie large avec lavage articulaire à l'éther.

On immobilise dans le plâtre.

La malade sort en état satisfaisant le 19 juin 1904.

Obs. 81 (Braxenberger).

X..., 21 ans, primipare, accouche le 21 février 1869, accouchement normal cependant un peu long.

La température monte brusquement dans les suites de couches et brusquement la malade fait un frisson le 24 février.

Le 25 : Les lochies sont très fétides, on note un œdème vulvaire considérable.

Le 26 : La température se maintient aux environs de 40, l'utérus est gros et douloureux.

Le 1er mars apparaît un gonflement considérable des deux épaules.

La mort survient le soir.

Autopsie : On note au niveau des articulations un dépoli articulaire avec sérosité louche.

Obs. 82 (Brauenberger).

X..., I pare, accouche le 18 janvier terme.

Le 26 : La malade fait brusquement un frisson avec élévation de la température à 40. On note de l'hydarthrose au genou gauche. On ne fait pas de ponction.

Le 27 apparaissent des signes cliniques d'endocardite. Le genou devient volumineux.

Le 28 : La température se maintient à 41.

Mort le 1er février.

Autopsie : Utérus gros contenant des débris placentaires, arthrite purulente genou gauche.

Obs. 83 (Brauenberger)

B . , 21 ans, accouche normalement le 3 avril.

La température survient deux jours après ; les lochies sont fétides pendant 5 ou 6 jours ; l'utérus est gros et douloureux.

Le 15 : Apparition d'un foyer pulmonaire, expectoration purulente sous forme de vomique le 18.

Le 21 : La malade accuse des arthralgies multiples, arthrite genou gauche qui devient volumineux et douloureux.

L'état s'aggrave de jour en jour.

Le 27 : Mort.

Autopsie : Utérus gros, abcès dans la paroi. Genou, présence de pus.

Obs. 84 (M. Lemeland). *Inédite.*

Mme C..., 36 ans, IV pare.

Les trois accouchements antérieurs ont été absolument

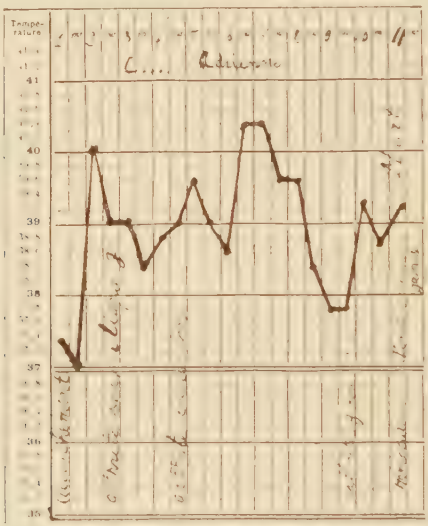
normaux ; la grossesse est absolument normale ; les dernières règles sont du 3 au 7 août.

La femme entre à la salle de travail le 21 mai 1928 à 1 h. 40.

Diagnostic à l'entrée : H. U. 36 cent , tête mobile élevée, membranes intactes, col perméables, les membranes sont rompues à 12 heures.

L'accouchement a lieu à 22 h. 40, fille vivante pesant 4 050 gr., délivrance naturelle complète 820 gr.

Le soir même pas de température.



Le 23 mai : La température monte à 40°. On porte le diagnostic de grippe, congestion des deux bases particulièrement à gauche ; à 14 heures brusquement la malade accuse une douleur marquée de la sacro-iliaque gauche, douleur à la pression de l'interligne. Pas d'œdème ni rougeur.

Le 24 mai : Les signes pulmonaires persistent. La douleur sacro-iliaque est aussi vive. L'utérus est gros et douloureux, les lochies purulentes. On fait un drainage utérin.

Le 25 mai : On constate une infiltration œdémateuse de la région sacrée, douleur au niveau coude droit. La douleur de la sacro-iliaque s'atténue.

On constate une arthrite du coude droit. Cul-de-sac olécranien tendu, mouvements conservés mais douloureux.

Le 28 mai l'arthrite s'accompagne de rougeur œdémateuse remontant sur le bras.

On constate deux plaques semblant de l'érythème noueux sur la cuisse gauche.

Le 29 mai le coude est très œdématié et douloureux. On constate une augmentation de volume du genou droit avec choc rotulien. Début d'escarre sacrée, Dyspnée légère sans signes pulmonaires. Délire léger. Urines peu abondantes.

Le 30 mai : mêmes signes, mais l'escarre augmente, le délire est très marqué.

Le 31 mai : mêmes signes, dyspnée très marquée.

A 10 h. on fait une hémoculture, puis à 15 heures une ponction du coude droit qui ramène un pus épais blanc bien lié, une ponction du genou qui ramène un pus semblable mais moins épais.

Prélèvement intra-utérin ramène des lochies purulentes peu fétides et montre une cavité utérine peu profonde.

A 21 h. mort.

Laboratoire :

Hémoculture : après 24 heures ensemencement sur gélose : ordinaires colonies de streptocoque à gros grains en chaînettes gram +.

Pus articulaire : ensemencement sur gélose en 24 heures, chaînettes de streptocoque.

Examen direct : strepto pur.

Pus utérin : examen direct négatif.

Ensemencement sur gélose streptocoque pur. Hémolyse.

Inoculation 1 cm. 1/2 au lapin de 1 kg. 600, mort en 24 h.

Autopsie : On constate un utérus volumineux contenant

des lochies purulentes. Peu de lésions macroscopiques visibles à l'utérus.

Annexes saines Pas de péritonite.

Pulmonaire : congestion banale des bases.

Cardiaque : pas d'endocardite.

Au niveau de la sacro-iliaque, abcès faisant saillie dans la cavité pelvienne. Pus blanc bien lié. Pas de lésions osseuses. Articulation genou : pus articulaire, pas de lésions osseuses macroscopiques ; coude : mêmes constatations.

Histologie (M. Durante). Ligaments latéraux et ligaments croisés.

La séreuse est épaissie aux dépens de la sous-séreuse qui présente de l'œdème et une faible infiltration cellulaire en partie nécrosée, mais l'endothélium est conservé en plusieurs points.

L'aspect n'est pas celui d'un bourgeon charnu suppurant car l'infiltration leucocytaire est modérée, mais plutôt d'une réaction entravée par une mortification des cellules de défense sous l'action d'un microbe très virulent.

Plus profondément il existe une légère infiltration autour de quelques vaisseaux.

Streptocoques abondants à la surface et dans la couche sous endothéliale.

CHAPITRE X

—

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des arthrites de la grossesse et des suites de couches est en soi-même relativement facile.

L'existence même d'une arthrite ne peut prêter à confusion, mais cependant il est des cas frustes où son diagnostic peut être délicat.

Les deux erreurs les plus fréquentes sont certainement d'une part la phlébite, d'autre part le phlegmon.

M. Mondor a bien insisté dans son étude sur la coxite blennhorragique sur la difficulté du diagnostic et il cite des cas où des malades lui furent envoyés avec le diagnostic de phlegmon de la fosse ischio-rectale à inciser d'urgence. Il faut donc en présence d'un phlegmon rechercher d'abord l'origine osseuse ou articulaire et très souvent on la trouvera dans une articulation profonde.

Pour ce qui est de la phlébite nous avons indiqué comment l'œdème à distance, la douleur et l'impotence fonctionnelle absolue peuvent être cause d'erreur. On trouvera dans les observations ci-jointes un cas publié

par Fresnay, où l'arthrite du genou fut prise pendant quelque temps pour une phlébite. On conçoit combien plus difficile peut être le diagnostic pour une articulation profonde comme la hanche ou la sacro-iliaque (Obs. n° 80).

En faveur de l'arthrite il faut alors rechercher l'atrophie musculaire précoce, la douleur plus localisée, les modifications articulaires. Epaississement des extrémités osseuses, ascension du trochanter dans l'arthrite de la hanche ; l'absence de ganglions quoique inconstante est plutôt un signe de l'arthrite.

Mais plus que ces diagnostics ce qu'il importe de faire c'est rechercher la nature des arthrites et ne pas confondre les arthrites puerpérales proprement dites gono ou streptococciques, dont la cause, comme nous l'avons démontré, est génito-urinaire, et les arthrites multiples qui peuvent survenir au cours de la grossesse comme une simple coïncidence.

Nous avons particulièrement en vue les arthrites tuberculeuses, le rhumatisme articulaire aigu.

Au cours de la grossesse comme au cours des suites de couches on peut voir survenir une crise de rhumatisme articulaire. C'est un diagnostic qui dans la majorité des cas est facile ; mais le fait qu'il a été longtemps confondu avec le rhumatisme blennhorragique démontre que dans bien des cas le diagnostic est très délicat.

Nous avons vu que la polyarthrite est la règle comme mode de début de l'arthrite blennhorragique. Parfois même elle guérit sans devenir jamais une monoarthrite.

Et dans bien des cas un rhumatisme blennhorragique a été pris pour une crise de rhumatisme articulaire. Ce n'est qu'ultérieurement, lorsque s'installe la fatale ankylose, que le diagnostic rétrospectif sera fait. En présence de toute crise articulaire au cours de la grossesse il faut donc rechercher la blennhorragie. Nous n'insisterons pas sur les nombreux petits signes qui le séparent du rhumatisme (pâleur, angine prémonitoire, sueurs abondantes, endocardite fréquente, arthrites moins localisées) mais au contraire il faut insister sur les points de ressemblance qui existent avec le rhumatisme gono.

C'est alors que l'on doit rechercher la blennhorragie au triple point de vue clinique, radiologique et bactériologique, qui permettrait souvent de trancher la question.

Lorsque la monoarthrite est constituée, un autre diagnostic souvent difficile et auquel il faut toujours penser est l'arthrite tuberculeuse.

Si cette maladie n'a frappé dès le début qu'une seule articulation et si on lui trouve des antécédents tuberculeux on serait peut être porté à croire à une tumeur blanche.

Le début de l'arthrite tuberculeuse est cependant moins aigu et dans la tumeur blanche il est rare que la douleur soit aussi vive que l'arthrite blennhorragique puerpérale.

Le repos absolu calme plus vite en général la douleur spontanée de la tumeur blanche. Dans l'arthrite tuberculeuse la tuméfaction articulaire se produit moins

vite et l'empâtement des fongosités est souvent bien différent de celui que donne l'œdème de l'arthrite pseudo-phlegmoneuse.

Dans les suites de couches il y a en outre un diagnostic qui parfois nous a paru assez délicat. C'est l'arthrite sérique. Dans un cas (obs. 47) où nous avons fait pour une endométrite *post partum* du sérum antistreptococcique à titre préventif, sont apparues vers le 7e jour des arthralgies intenses avec une réaction sérique considérable.

Ce n'est qu'au bout de quelques jours lorsque l'arthrite persista localisée à l'articulation métacarpo-phalangienne que l'on pensa à la blennhorragie. La recherche du gonocoque dans les lochies qui fut positive trancha du reste ce diagnostic.

Mais dans les suites de couches nous insisterons surtout sur le diagnostic entre les arthrites à streptocoque et les arthrites gonococciques. Nous avons insisté suffisamment au point de vue clinique sur l'allure différente de ces deux manifestations.

En faveur de la gonococcie l'allure subaiguë, le stade de polyarthrite, le peu de température, la rareté des signes d'endométrite.

En faveur de la streptococcie, l'allure plus franchement aiguë, l'existence fréquente d'endométrite, la grosse température.

Mais tous ces signes différentiels sont inconstants. Il peut y avoir des signes généraux graves dans la gonococcie (formes septicémiques) l'endométrite peut manquer dans la streptococcie.

Aussi pour trancher définitivement le diagnostic trois examens sont-ils absolument nécessaires :

1° La recherche de l'état génital local (endométrite, signes de blennhoragie génitale) :

2° L'étude radiographique de l'arthrite ;

3° Surtout l'étude bactériologique.

A. — Diagnostic positif clinique

Arthrite gonococcique : nous avons vu combien le tableau clinique de l'arthrite gonococcique peut se rapprocher du rhumatisme articulaire aigu, et à quel point une confusion grave peut se produire et entraîner des complications redoutables.

Un examen clinique complet s'impose et sera seul susceptible d'aider à trancher le diagnostic. En présence d'une polyarthrite suspecte chez une femme enceinte on ne se bornera pas à appliquer un traitement salicylé. Un examen général et surtout gynécologique s'impose.

Celui-ci ne donne pas toujours de résultats car très souvent quand apparaît l'arthrite, les signes de blennhorragie génitale ont disparu. Mais cependant Fruhinsholz, Cumston, et la majorité des auteurs ont insisté sur le fait que la grossesse réveille la blennhorragie au point que l'on a pu croire à l'apparition simultanée de la grossesse et de la blennhorragie.

Aussi c'est très fréquemment que dans les arthrites à gonocoque, l'interrogatoire permettra de révéler une leucorrhée abondante, verdâtre, tachant le linge bien

différente de la leucorrhée physiologique du début de la grossesse. Il faut y attacher beaucoup d'importance.

Un autre signe d'une valeur clinique incontestable est la cystite ou au moins cystalgie dont la coexistence avec l'arthrite est bien fréquente, si fréquente dans l'arthrite puerpérale qu'elle avait frappé Lorain qui en faisait le point de départ de ses arthrites génito-urinaires.

L'examen qui montre les lésions du vagin, du col et de l'urètre présente lui-même un gros intérêt. Sous l'influence de la grossesse la muqueuse subit des modifications, elle devient épaisse, granuleuse. Les lésions de cervicite gonococcique semblent devenir plus intenses (Cumston).

Dujol a montré à ce propos l'exagération des lésions de la muqueuse en rapport avec la multiplication de la plaie gonococcique.

Quant aux lésions vaginales elles sont aussi très fréquentes.

On recherchera la vaginite purulente et la vaginite granuleuse (obs. n° 1), quoique la nature gonococcique de celle-ci ne soit pas absolument prouvée.

La bartholinite n'est pas exceptionnelle et peut être un appoint sérieux pour le diagnostic. Il faut la rechercher avec soin. On terminera toujours par la pression de l'urètre qui dans le cas de blennhorragie aiguë ramène une goutte de pus verdâtre où le gonocoque est souvent retrouvé.

Toutes ces lésions locales peuvent exister nettement. Mais elles sont souvent absentes soit qu'il s'agisse de

blennhorragie ancienne, soit que des lésions manquent cliniquement.

On a alors recherché des procédés paracliniques. Léa avait insisté dans sa statistique sur l'ophtalmie du nouveau-né. Celle-ci fait presque à coup sûr soupçonner la blennhoragie de la mère, quoiqu'il y ait quelques causes d'erreur (contagion d'enfant à enfant, ophtalmie à pneumocoque) mais actuellement ce procédé est en défaut en raison des soins préventifs oculaires qui sont universellement appliqués à la naissance.

Un autre procédé employé par bien des auteurs allemands consiste à rechercher la blennhorragie du procréateur ; chez l'homme en effet la blennhorragie est plus facile à mettre en évidence, mais souvent il s'agit d'une simple goutte matinale, l'homme n'avoue pas. Parfois même la blennhorragie a pu passer inaperçue ou semble entièrement guérie et ce n'est qu'un massage prostatique qui permettrait de la retrouver. On conçoit enfin la difficulté sociale de la recherche dans bien des cas.

Arthrite à streptocoque : nous n'insisterons pas beaucoup sur les recherches cliniques gynécologiques. Nous avons déjà insisté sur l'examen de l'utérus, sur la nécessité de rechercher les signes gynécologiques. Mais parfois il faut interpréter un simple retard d'involution, un peu de métrite. Enfin il ne faut pas oublier qu'il peut exister des métrites à gonocoque.

Il peut être intéressant enfin de rechercher s'il n'y a a pas une autre porte d'entrée de ce streptocoque dont la virulence s'exagère.

Dans un cas rapporté par M. Rudaux nous notons un érysipèle de la face survenu pendant la grossesse. Dans un autre une petite congestion pulmonaire (observation 77). Dans un autre cas un gros foyer pulmonaire (obs. 86) les recherches semblent avoir un intérêt surtout étiologique.

B. — **Diagnostic radiographique**

L'étude radiologique des arthrites puerpérales tant streptococciques que gonococciques est de date très récente. Il n'y a presque jamais mention d'examen radiographique dans les observations que nous avons réunies.

Nous possédons juste l'observation de Langeron et Delcourt sur la coxite puerpérale. Observation n° 74 et les observations de Mondor comme arthrites gonococciques et notre observation n° 77, comme arthrite streptococcique.

Contrairement à l'opinion classique qui n'admettait que peu ou pas de lésions osseuses, Costa et Garçin en 1921 ont montré la constance de ces lésions cartilagineuses et osseuses.

M. Mondor les a repris et particulièrement étudiés pour le cas particulier de l'arthrite de la hanche.

Quelle qu'en soit l'origine, tous les auteurs semblent d'accord pour admettre une ostéoporose aiguë des extrémités osseuses qui survient rapidement après le début de l'affection. C'est le cas de l'observation de Langeron et Delcourt qui notent une « décalcification du

fémur et de l'acetabulum, un flou particulier cotonneux des canalicules osseux que Mondor considère comme bien spécial à l'arthrite gonococcique.

Mais comment évoluera l'arthrite ? Costa et Garçin ont signalé à la phase de chronicité un état vésiculaire perlé des extrémités osseuses, signes d'ostéoporose chronique ou subaiguë.

Ce n'est que plus tard que se fait la recalcification des surfaces qui retrouvent un contour plus net, mais la recalcification n'est jamais complète, l'interligne reste irrégulier. C'est encore le cas de l'arthrite de Longeron et Delcourt.

Pour les arthrites à streptocoques nos renseignements bibliographiques sont à peu près nuls. Aucune mention n'en est faite dans les observations retrouvées. Ce sont les lésions ordinaires des arthrites aiguës qui atteignent la synoviale et le cartilage laissant un flou articulaire avec décalcification.

Mais dans la radiographie de l'arthrite de l'épaule que nous avons publiée nous notons une encoche sur la tête humérale, indice d'un foyer d'ostéite sans qu'il y ait de grosse décalcification contrairement à l'arthrite gonococcique.

C. — **Diagnostic bactériologique**

Le laboratoire est appelé à jouer un grand rôle dans le diagnostic étiologique et dans le pronostic de l'arthrite puerpérale. Nous avons vu combien les signes cliniques génito-urinaires étaient inconstants. Nous

avons vu que si les signes radiologiques peuvent présenter un certain intérêt ils ne permettent pas à eux seuls de différencier la nature de l'arthrite en cause.

En dernier ressort, c'est à l'examen bactériologique qu'il faudra avoir recours. Nous avons cru intéressant de revoir dans un chapitre d'ensemble les recherches que l'on pourra être amené à faire pour confirmer le diagnostic en prenant successivement les infections gonococcique et streptococcique.

Gonococciques

Quoique l'identité de l'arthrite puerpérale et d'une certaine forme d'arthrite blennhorragique ait été défendue énergiquement au point de vue clinique par Patenostre en 1884 dans sa thèse, ce ne sont que les recherches bactériologiques qui ont permis de les identifier, et il a fallu toute l'autorité de Bar, Begouin, Lefour et Fieux appuyés sur des constatations bactériologiques pour détruire le vieux cadre de l'arthrite puerpérale.

Divers examens seront à envisager dans les arthrites gonococciques. On pourra être amené à les rechercher dans une arthrite puerpérale de nature méconnue au cours de la grossesse ou pendant les suites de couches.

Si l'on a affaire à une arthrite séreuse ou purulente la première recherche à pratiquer est celle du gonocoque dans le liquide articulaire. Dans tous les cas l'examen cytologique et bactériologique du liquide s'impose. On a beaucoup insisté dans les traités classiques sur la difficulté de trouver ce microbe dans le liquide articu-

laire où il est souvent rare et localisé au niveau des franges synoviales.

Nous n'avons personnellement observé qu'une arthrite gonococcique avec épanchement. Dans ce cas nous avons pu le mettre en évidence assez facilement, mais nous nous sommes efforcés parmi tous les cas publiés jusqu'à ce jour et que nous avons pu réunir dans cette thèse, de rechercher tous les cas où une mention a été faite de l'examen bactériologique du liquide articulaire.

Sur 21 observations ainsi classées nous avons retrouvé un examen positif du contenu articulaire dans 7 cas. Dans 7 cas il était négatif. Dans 7 cas il n'était pas mentionné. Faisant abstraction de ces 7 cas, nous notons 50 % de résultats. Proportion relativement considérable.

A quoi tient cette fréquence ? Longtemps la découverte du gonocoque est restée exceptionnelle. M. Queyrat disait :

« Il est rare d'observer des cultures de gonocoque » par ensemencement du liquide articulaire. Sur de » très nombreuses tentatives je n'y suis parvenu que » deux fois ».

Il ne faut donc pas se dissimuler la difficulté des recherches et l'inconstance des résultats. Cependant il est des précautions à prendre et qui réduisent beaucoup les causes d'échec et par là même en augmentent la valeur.

Vaquez et Laubry en 1902 dans une communication à la Société médicale des Hôpitaux avaient insisté sur la

localisation dans les franges du microbe et sur la nécessité d'aller le chercher par une véritable biopsie des franges.

En 1923 à la Société Médicale des Hôpitaux MM. Bezançon et M. P. Weill y insistent à nouveau et énumèrent les précautions à prendre.

Ensemencement au lit même du malade, chauffage préalable des tubes et aiguilles, seringue, pour éviter le refroidissement, le gonocoque y étant particulièrement sensible.

Les recherches mentionnées comprennent d'une part des examens directs et des cultures.

Nous n'insisterons pas sur le premier procédé. Il est facile à la condition de prendre un endroit un peu épais. La coloration au bleu ou mieux au gram montre le microbe de Neisser en grain de café extra et intracellulaire, gram négatif.

Il semble que cet examen soit plus facilement et plus fréquemment positif. Parfois cependant, c'est le plus souvent, au troisième ou quatrième examen que le gonocoque est trouvé. C'est pourquoi nous insisterons sur la nécessité d'examens répétés.

Le procédé des cultures est le complément indispensable du premier. Peut-être plus rarement positif il est par les caractères de la culture le complément indispensable du premier examen. Il est enfin parfois positif alors que l'examen direct s'était montré négatif.

Dans toutes nos observations, le gonocoque a été retrouvé en culture pure dans le pus articulaire. Les

milieux les plus favorables sont la gélose simple, le sérum coagulé mais surtout la gélose au sang qui reste le milieu de prédilection.

En tous cas le gonocoque est long à pousser et ses cultures sont très fragiles.

C'est grâce à ces améliorations de technique que Rindfleish en 1897 trouve 15 sur 26 examens positifs

Burr	18 sur 27
Cole	15 sur 18
Veiss	92 sur 120
Plus récemment Paraf	70 % des cas
et Lecène	80 % des cas

Les recherches modernes — Nattan-Larrier — ont du reste montré que pour avoir des chances de succès l'examen doit être précoce. Le premier jour en effet le gonocoque est retrouvé souvent dans le liquide même et peut-être vu à l'examen direct et en cultures.

Quelques jours plus tard il devient plus rare et seul la culture peut le mettre en évidence. Si l'on attend encore il n'est plus retrouvé. Vaquez et Laubry puis Queyrat ont de même insisté sur ce fait : si on le retrouve le premier jour dans le liquide il ne sera retrouvé que dans les franges les jours suivants et c'est une véritable biopsie qu'il faudra faire. Mais cependant le gono reste virulent dans les franges pendant très longtemps (1 mois et plus).

On voit d'après ces recherches la difficulté et la nécessité de faire les recherches précocement si l'on veut avoir un résultat positif.

Il ne faut d'autre part pas hésiter à recommencer plusieurs fois les examens qui ne seront positifs qu'après quatre ou cinq tentatives.

Mais il est certaines formes cliniques d'arthrite plastique ankylosante ou pseudo-phlegmoneuse où la ponction ne peut être faite. De même il faut tenir compte de formes où le gonocoque n'a pu être mis en évidence.

Examen génito-urinaire. — Il faut avoir recours alors à d'autres examens. Le plus important est l'étude de la flore vaginale. Mais cet examen est beaucoup plus aléatoire et plus délicat.

L'examen de cette flore est un peu différent au cours de la grossesse ou pendant les suites de couches. Au cours d'une blennhorragie aiguë ou ancienne.

Au cours de la grossesse, il faut examiner la région du col utérin. Sans admettre le pouvoir bactéricide de la sécrétion vaginale, il semble que cette sécrétion constitue un milieu défavorable pour les bactéries.

Dujol (1912) distingue une zone inférieure où l'épithélium cylindrique fait place à l'épithélium pavimenteux et s'élève jusqu'à la limite intracervicale des déchirures du col si fréquentes chez les multipares.

Cette zone est riche en germes et en leucocytes. C'est là le point d'élection pour la recherche du gonocoque.

La zone immédiatement supérieure est formée par un enduit leucocytaire sans germes. Plus haut jusqu'à la caduque le col est absolument stérile.

La partie inférieure du col est donc un lieu d'élection pour la recherche du gonocoque.

Au niveau du vagin la sécrétion vaginale formée de

grandes cellules épithéliales est acide et peu favorable au développement des germes (Doderlein). Mais dans certains cas la réaction devient alcaline et les germes pathogènes y sont nombreux, question discutée d'où il semble ressortir que l'examen des sécrétions vaginales est le plus souvent négative.

Au cours des blennhorragies aiguës ou réchauffées on sait la fréquence de l'urétrite. On devra donc le matin, de préférence, faire sourdre par l'urètre une goutte de pus qui se montre fréquemment riche en germes.

Mais cette zone d'élection particulièrement riche ne pourra guère être utilisée en dehors de la phase aiguë de la blennhorragie.

En résumé, au cours des périodes aiguës avec cystalgie et arthrite, l'urètre et le col semblent le lieu d'élection. En dehors de ces périodes c'est surtout le col.

Dans les suites de couches la question est un peu plus controversée. Classiquement les lochies utérines sont stériles, mais Fruhinsholz et après lui Dujol ont remarqué que vers le 4e au 10e jour, il y a ascension des germes vaginaux et c'est à ce moment que le gonocoque sera particulièrement retrouvé.

Il semble bien de plus que ce milieu alcalin des lochies utérines est particulièrement favorable aux développements des germes. Aussi est-ce de préférence à ce moment que le gonocoque sera retrouvé.

Quant à la fréquence des résultats positifs dans ces examens elle est très variable. Dans un article de Royston on cite les chiffres suivants :

Gurd . . . . . 52 fois sur 113.
Léopold . . . . . 20 .
Stevenson . . . . . 18 %.
Sanger et Burchar donnent des chiffres analogues.
Dullant de 15 à 30%.

Royston sur 100 étalements n'a trouvé le gono que 3 fois, et discutant ces résultats, il repousse l'examen systématique microbien des femmes enceintes. Il estime en effet que l'examen doit être fait d'une manière très précise et que l'importance des résultats positifs de certains auteurs vient du fait qu'il s'agit d'une part de femmes atteintes de blennhorragies indiscutables cliniquement et que d'autre part l'examen a été fait très attentivement par des gens très entraînés. Il pense que dans le courant ordinaire d'un service les résultats seraient faussés et qu'on laisserait échapper un grand nombre de cas positifs. Et qu'ainsi en tenant trop compte des résultats positifs on risquerait d'ignorer certaines blennhorragies. Et pour conclure il estime que toute malade atteinte d'écoulement suspect doit être considérée comme blennhorragique et traitée comme telle en dehors de toute preuve bactériologique.

Il reste à savoir maintenant si le gonocoque est trouvé le plus souvent en culture pure ou associé à d'autres microbes. La question a été fort controversée.

Pour Doderlein la sécrétion purulente du col est un milieu de culture favorable à une quantité de saprophytes et même de bactéries pathogènes qui prédisposent à l'infection secondaire.

Pour König et Fruhinsholz on constate le plus souvent une disparition des autres germes. En vérité la question de la flore microbienne dans la gonococcie et grossesse est très variable suivant l'époque de la blennhorragie.

On a vu la fréquence du réveil d'une blennhorragie aiguë avec la grossesse. Si l'on tombe au cours de cette période aiguë l'examen direct et la culture du pus cervical et urétral ont toute chance de se montrer positifs.

Au contraire s'il s'agit d'une blennhorragie chronique ou ancienne et où les signes du réveil sont très discrets, l'examen sera beaucoup plus difficile et les résultats plus aléatoires.

Dans le doute il faut aller rechercher le gonocoque dans les lochies utérines à l'aide d'un tube en verre introduit dans l'utérus et après culture assez prolongée au gélose au sang.

Il nous reste enfin un dernier procédé sur lequel nous n'insisterons pas vu l'extrême rareté de ses indications. C'est la recherche du gonocoque dans le sang. L'état général parfois assez atteint, les recherches de Faure Beaulieu, la thèse de Poussin, démontrent que le microbe peut être retrouvé dans le sang au cours de la période polyarthritique du rhumatisme blennhorragique.

Norris, dans son Traité sur la blennhorragie rappelle que Lofaro en étudiant le sang de 67 cas de blennhorragie articulaire, a trouvé le gonocoque 39 fois dans le sang. Mais il pense que les cas positifs proviennent d'un terrain particulièrement favorable et d'un gonocoque exceptionnement virulent.

Il montre du reste que dans la majorité des cas le gonocoque a disparu du sang lorsque l'arthrite est apparue ce qui restreint considérablement l'intérêt pratique de cette recherche.

Pour nous résumer, dans toute arthrite suspecte de blennhorragie il faut pratiquer un examen de pus articulaire, examen des sécrétions du col et de l'urètre et plus accessoirement dans quelques cas du sang.

Diagnostic biologique

De toutes les réactions présentées nous n'en retiendrons qu'une seule : la gonoréaction qui a été proposée en 1906 par Muller et Oppenheim et mise au point par Gauran et Rubinstein.

Tous les auteurs qui ont appliqué cette méthode sont d'accord sur sa grande spécificité. Elle consiste essentiellement dans la réaction de fixation de Bordet-Gengou appliquée aux affections gonococciques. Bezançon, Veill et Rubinstein citent sur 24 cas incontestablement gonococciques 21 résultats positifs, soit 87, 5 % de résultats. M. Mondor sur 16 cas trouvé 10 résultats positifs s'appliquant à 10 arthrites non douteuses. Sur les 6 négatifs l'une était incontestablement gonococcique, les 5 autres cliniquement douteuses pouvaient être tuberculeuses.

Etant donné la fréquence des résultats nous croyons qu'en cas de doute on pourrait se trouver bien d'un examen systématique des arthrites suspectes à l'aide de la gonoréaction.

Arthrites et streptocoque.

Là aussi le laboratoire joue un grand rôle dans le diagnostic étiologique. C'est un élément qu'il ne faudra jamais négliger. Ces résultats sont du reste beaucoup plus intéressants car beaucoup plus fréquemment positifs que dans les arthrites blennhorragiques.

En effet une fois l'arthrite constituée,son aspect clinique un peu spécial est déjà un appoint au diagnostic. Mais si l'on ponctionne on tire d'une manière constante un pus verdâtre plus ou moins épais. Mais constamment ce pus existe. La phase d'arthrite séreuse est légère et en 24 à 48 heures le pus est formé en quantité suffisamment appréciable pour pouvoir être examiné microscopiquement avec fruit.

Dans les deux cas que nous avons observés, le pus recueilli a été ensemencé et examiné microscopiquement.

Dans un cas dû à M. Lemeland (n° 84) nous avons eu un examen qui nous a montré un streptocoque à la vérité assez peu abondant mais net en chaînettes assez courtes. Dans l'autre cas l'examen direct fut négatif.

Dans les 2 cas les colonies sur gelose ordinaire et sur bouillon ont poussé avec une extraordinaire rapidité. En 12 heures les premières colonies étaient visibles et en 24 heures les colonies très importantes. Leur examen a montré dans les deux cas du streptocoque à chaînettes relativement courtes se colorant facilement.

Nous avons recherché pour les deux cas l'action du streptocoque qui s'est montré fortement hémolytique. De même pour une des observations (obs. 84) son

pouvoir pathogène était très important puisqu'il tuait le lapin en 24 heures.

Dans l'observation de Oettinger et Potherat (n° 80) dans l'observation de Nélaton, rapportées par Pasturel, (n° 78) l'examen bactériologique du pus fut positif. L'observation de Potocki n'indique aucun examen bactériologique.

Il s'agissait donc dans ces cas d'un streptocoque très virulent. Et pourtant dans un cas une arthrotomie précoce a donné un résultat favorable.

Dans l'autre cas dont l'évolution fut très rapide, où trois arthrites furent observées presque contemporaines, le pus était riche en streptocoque, le pronostic fut fatal.

La présence du streptocoque dans l'articulation est donc un fait constant, sa recherche en est relativement aisée. Dans toutes les observations où sa recherche est mentionnée les résultats furent positifs. Sa valeur prognostique est nulle.

En effet sur les quatre observations où il y eut un examen bactériologique deux se terminèrent par la mort, deux par la guérison.

Il est une autre recherche sur la valeur de laquelle nous désirons insister, car elle pourrait permettre un diagnostic précoce avant l'apparition du pus articulaire. C'est l'examen des lochies utérines.

Nous croyons que le meilleur procédé est celui indiqué par Jeannin qui consiste à introduire un tube en verre à l'intérieur de l'utérus et à prélever ainsi à l'aide d'un tampon stérile le pus au fond même de l'utérus.

Dans les observations rapportées par Pasturel aucun examen des lochies n'a été pratiqué. Nous l'avons fait dans un seul cas (cas de Lemeland 84) et l'examen nous a montré immédiatement de très belles colonies de streptocoque ayant poussé rapidement et à l'état de pureté.

Cette recherche n'a pas été pratiquée assez souvent pour en tirer une conclusion.

L'allure septicémique de l'affection qui l'a fait confondre une fois avec la typhoïde (obs. de Potocki) doit engager à une hémoculture. Celle-ci pourrait permettre un diagnostic précoce car elle peut être positive avant l'apparition de l'arthrite. Mais elle est très fréquemment négative. Pasturel insiste sur son utilité. Mais aucune de ses observations ne comporte d'hémoculture.

Nous l'avons pratiquée dans nos deux cas :

Elle fut négative dans l'observation n° 78 quoique répétée à plusieurs reprises, une fois avant l'apparition de l'arthrite alors que la gravité de l'état général faisait penser à une septico-pyohémie puerpérale, une fois après l'intervention au moment de la poussée fébrile qui précéda la phlébite.

Elle fut positive dans l'observation n° 84 qui s'accompagnant d'état grave avec arthrites multiples, mais la mort survint le soir même.

L'opinion de Prochnwicz que nous avons citée plus haut indiquant la gravité plus grande de l'hémoculture positive semble donc bien confirmée. Mais il y a trop peu de cas pour pouvoir en tirer une conclusion.

CHAPITRE XI

TRAITEMENT

Nous étudierons successivement la thérapeutique des arthrites gonococciques et des arthrites streptococciques, qui est la même dans quelques cas, mais bien différente dans d'autres. Disons d'emblée que l'état puerpéral ne modifie en rien le traitement de ces arthrites qui reste le même qu'en dehors de la puerpéralité.

Arthrites gonococciques

Le nombre et la variété des traitements proposés dans l'arthrite à gonocoque est considérable. On a successivement essayé des traitements médicamenteux, agents physiques et chirurgicaux qui ont varié avec l'évolution des idées sur la pathogénie des accidents articulaires.

Nous n'insisterons pas sur les traitements historiques qui ont été tour à tour prônés et abandonnés.

Nous nous attacherons au contraire aux traitements modernes et particulièrement aux traitements chirurgicaux qui ont été plus récemment proposés.

A l'heure actuelle, il faut se rappeler que tout traitement logique doit être dirigé contre l'ankylose, évolution presque fatale de toute arthrite mal soignée d'une part, et si cette ankylose ne peut être évitée à obtenir une ankylose en bonne position. Enfin il faut dans toute arthrite tenir compte de la douleur très intense et de l'amyotrophie qui peuvent être une gêne considérable dans l'application de ce traitement.

Nous n'insisterons pas sur le traitement médicamenteux. Il suffit de dire que dans la majeure partie des cas il est inefficace et illusoire. Il ne faut pas s'attarder à l'épreuve du salicylate de soude qui calme momentanément la douleur, mais ne saurait empêcher l'évolution fatale vers l'ankylose et l'impotence.

Nous ne ferons que citer les anciens traitements par agents externes. Le traitement antiphlogistique de Trousseau qui resta longtemps le seul connu, les vésicatoires de Ricard, les sangsues de Lorain, les révulsifs de Balzer. Tous ces traitement qui avaient le mérite de diminuer la douleur n'avaient aucune action sur l'évolution de l'arthrite et ne peuvent être employés que comme accessoires.

Nous passerons encore très rapidement en revue les différents traitements par agents physiques externes qui ont été proposés et qui sont acceptés par quelques auteurs comme adjuvants.

Citons d'abord l'air chaud sous forme de vapeur ou

de douches d'air chaud (Laquerrière) qui agit sur la douleur. La méthode des bains thérébentine est restée longtemps classique.

La méthode de Bier, hypéremie passive, obtenue par striction veineuse, compression élastique, est encore admise par quelques auteurs. Fresnay en parle avec faveur car elle permet, dit-il, la cessation rapide de la douleur et la mobilisation précoce de l'articulation. M. le Pr Michel dans son rapport en 1926 la repousse complètement.

Nous n'insisterons plus sur l'électrothérapie proposée par Delherm. Cette méthode donne des résultats très rapides dès le début si on l'emploie avant la formation des exsudats fibrineux.

Elle est considérée comme dangereuse par Robin. Elle reste cependant indiquée comme traitement accessoire de l'atrophie musculaire.

Dominici et Gy ont proposé récemment le traitement par le radium qui calme vite la douleur. Mais ce traitement est difficile à appliquer, dangereux et souvent inefficace. On lui préférera le traitement par les eaux et les boues radio-actives.

Dans le même ordre d'idée on a proposé le traitement par les injections de mésothorium ou thorium qui donnent des résultats inconstants et décevants.

Nous nous attacherons maintenant aux divers traitements chirurgicaux et biologiques proposés :

Immobilisation, ponction, arthrotomie d'une part.

Vaccinothérapie et sérothérapie d'autre part.

L'immobilisation qui resta le seul traitement pendant

très longtemps a été prônée pour la première fois par Vidal Cassis, 1861, puis Verneuil, 1879. C'est Brun qui dans sa thèse de 1881 insiste tout particulièrement sur son influence favorable dans la forme pseudo-phlegmoneuse. Cette immobilisation par compression ou par appareil plâtré a le grand mérite de calmer rapidement la douleur et les phénomènes suraigus. Sous son influence la température et la douleur disparaissent.

Jusqu'à ces dernières années le traitement sera appliqué par la majorité des auteurs. Tout récemment M. M. P. Weill le préconise encore dans certaines formes d'arthrites suraiguës pour une durée très limités comme seule capable de diminuer douleur et fièvre.

Mais ses inconvénients sont énormes. Si la douleur est supprimée elle favorise immanquablement l'évolution vers l'ankylose et son seul avantage consiste quand cette ankylose ne peut être évitée à la maintenir en bonne position.

Il faut alors se rappeler l'opinion de Ollier : « Plus » l'ankylose est menaçante, plus nous devons diriger nos » efforts vers la conservation des conditions de la mo- » bilisation articulaire, aussi faudra-t-il avant toute » chose chercher à empêcher la fusion des cartilages et » adhérences qui tendent à se former. Mais malheureu- » sement les mouvements sont terriblement doulou- » reux et ne peuvent s'opérer sans détruire des adhé- » rences conjonctives et sans rompre quelques vais- » seaux (Ollier) ».

C'est sur ces idées que Le Fort a proposé la mobilisa-

tion rapide d'emblée sous anesthésie. Mais en réalité ce traitement n'a de chances d'agir que progressivement sans brutalité et le plus souvent ne pourra réussir qu'après un traitement chirurgical.

Ponction

La ponction a été proposée par Queyrat et lui a donné dans la plupart des formes d'hydarthrose simple de bons résultats. En tous cas elle permet rapidement la mobilisation (Micheland, 1912).

Malheureusement cette méthode est insuffisante si le liquide est un peu épais. C'est pourquoi Willems a proposé dans ces formes la ponction au bistouri.

Dans les formes de liquide séro-fibrineux ce traitement reste encore employé par un grand nombre d'auteurs.

Rendu a proposé l'injection après ponction de substances modificatrices sublimées, qu'il laisse en place, méthode très douloureuse qui donne de grosses réactions fébriles.

Gaillard applique le lavage au sublimé mais retire le liquide aussitôt.

Pacou (1921) propose l'injection d'huile thérébentinée qui donne aussi une violente réaction.

Ramon et Lévy l'injection d'huile iodée.

Il ne semble pas que ces divers traitements soient de beaucoup supérieurs à la ponction simple.

Dufour et Madame Alexeivsky ont en 1921 proposé dans certaines formes hydarthrosiques la ponction de

l'articulation et la réinjection sous la peau du liquide retiré. Ils obtiennent une cessation rapide des phénomènes douloureux et inflammatoires.

Traitement chirurgical

En réalité dans la grande majorité des cas c'est au traitement chirurgical qu'il faut avoir recours. C'est l'arthrotomie proposée en 1892 par Thierry.

Il peut s'agir d'arthrotomie simple sans fermeture de l'articulation avec ou sans drainage suivie ou non de mobilisation articulaire.

On lui préfèrera surtout l'arthrotomie avec lavage articulaire et fermeture immédiate. C'est la méthode de Willems pour plaie de guerre. On ne draine jamais. Thierry propose le lavage au chlorure de zinc au 1/30. Willems le lavage à l'éther.

Dans les formes pseudo-phlegmoneuses il faut faire en outre un nettoyage large des formations fibrineuses que l'on évacuera le plus complètement possible. On lave et on ferme comme dans les formes purulentes.

Mais surtout il faut le plus vite possible après l'intervention faire une mobilisation active de l'articulation. Plus cette mobilisation sera précoce et meilleur sera le résultat. Nous citerons l'observation de Horion où la mobilisation fut appliquée dès le deuxième jour après l'opération et où les résultats furent absolument favorables et la guérison obtenue en moins d'un mois. Mais on se heurte fréquemment au mauvais vouloir de la malade pusillanime qui refuse de se prêter à la mobili-

sation active. Il reste alors fréquemment des raideurs articulaires.

En résumé l'arthrotomie reste le seul traitement chirurgical pour les formes purulentes et les formes pseudo-phlegmoneuses. Elle est indiquée dans quelques cas de formes hydarthrosiques où la ponction pourra dans bien des cas lui être préférée.

Traitement biologique

Le traitement par la sérothérapie et la vaccinothérapie qui donne de bons résultats dans quelques cas est bien souvent inefficace et n'aura d'action que comme adjuvant à un traitement chirurgical. Il reste néanmoins le plus indiqué dans les formes septicémiques non accesibles à un traitement chirurgical.

La sérothérapie a été proposée d'abord par Rogers et Torrey en 1906.

Il peut s'agir de sérothérapie non spécifique par le sérum antoméningococcique (thèse de Benassan) qui cite quelques résultats favorables. Il agit en tous cas sur les douleurs.

On a essayé de même le sérum antidiphtérique souvent dangereux et le sérum de Sterian.

Vaquez a rapporté à la Société médicale des Hôpitaux quelques cas favorables dus à ce sérum polymicrobien.

La sérothérapie spécifique par le sérum de Nicolle reste bien inconstante mais donne quelques bons résultats dans les formes des petites articulations.

Paraf enfin propose la sérothérapie intra-articulaire comme complément de la ponction en injection : 20 à 40 cm³ de sérum dans le genou. Les résultats en sont en général assez favorables. Mais il faut craindre une arthrite sérique difficile à distinguer d'une récidive. Rouvillon propose le lavage articulaire au sérum après arthrotomie et obtient de bons résultats.

La vaccinothérapie donne des résultats beaucoup plus inconstants. Nicolle a proposé le vaccin antigonococcique Dmegon dont l'action est à peu près nulle mais qui ne donne que peu de réaction.

Le vaccin qui semble donner de meilleurs résultats semble être le lipovaccin et lipogon que l'on emploiera de préférence.

En résumé tous ces traitements biologiques qui ont donné quelques résultats favorables ne sont pas à présent assez constants pour pouvoir être employés conséquemment et doivent dans la majorité des cas céder le pas au traitement chirurgical.

On fera enfin un traitement des lésions génitales qui sont susceptibles d'entretenir les lésions articulaires et qui peuvent être cause de récidive.

Arthrites streptococciques

Ici le traitement est beaucoup moins discuté. L'arthrite à streptocoque étant toujours une arthrite purulente le seul traitement applicable est le traitement chirurgical. Aussitôt le diagnostic fait on doit immédiatement faire une arthrotomie.

Dans notre observation personnelle (Maternité n° 83) nous avons fait faire par M. le Docteur Launay une arthrotomie large avec lavage à l'éther et drainage pendant deux jours. La mobilisation a été précoce et la malade est sortie sans ankylose. Mais elle garde cependant quelque raideur articulaire due à la mobilisation active insuffisante. En effet la pusillanimité des malades est là encore une cause fréquente d'échec partiel de la méthode.

Quand les signes généraux restent très marqués il faut faire en outre un traitement général par les sels d'argent (électrargol) le mercurochrome qui augmente la résistance de l'organisme et aide la guérison.

Enfin on n'oubliera pas comme dans l'arthrite gonococcique de traiter les lésions génitales,cause même de l'arthrite, par la glace et les injections antiseptiques (solution de Tarnier).

CONCLUSIONS

1° Les arthrites d'origine génitale observées au cours de la puerpéralité sont déterminées par le gonocoque ou par le streptocoque.

Jusqu'à présent aucun autre germe n'a pu être incriminé.

2° Au cours de la grossesse les arthrites les plus fréquemment observées sont gonococciques ; au cours du post-partum on voit des arthrites tant streptococciques que gonococciques avec une fréquence plus grande pour celles-ci.

3° Les arthrites gonococciques ne se distinguent pas dans leur symptomatologie des arthrites évoluant en dehors de la puerpéralité. Elles sont le plus souvent suppurées ou pseudo-phlegmoneuses.

4° Certaines localisations ont une gravité particulière : la coxite et les arthrites du bassin.

5° Les arthrites streptococciques surviennent le plus souvent comme localisation d'une infection puerpérale du type pyohémique et sont d'un pronostic grave.

6° Certaines formes septicémiques d'arthrite gonococcique ressemblent aux arthrites streptococciques.

Il existe de même des arthrites streptococciques isolées simulant l'arthrite gonococcique.

Le diagnostic ne peut être fait que par la constatation du germe.

7° Le laboratoire est toujours d'un grand secours. On devra examiner le pus articulaire, les sécrétions vaginales et urétérales, faire une hémoculture.

8° Le traitement ne diffère nullement de celui des arthrites gonococciques et streptococciques survenant en dehors de la grossesse.

Vu, le Doyen,
H. ROGER

Vu, le Président de la thèse,
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

ALBRECHT. — *Munch médical Wochens*, 1912.

ALEXANDRE. — *Thèse Paris*, 1884.

Mme ALEXEIVSKY, *Thèse Paris*, 1922.

BAR. — *Presse médicale*, 1895.

BAR et DRINDEAU. — *Pratique des accouchements*.

RALETTE. — *Thèse Paris*, 1885.

BARRAL. — *Thèse Paris*, 1885.

BEGOUIN. — *Ann. obst. et gyn.*, 1898.

BEZANÇON, M. P. VEILL RUBINSTEIN. — *Soc. Biologie*, 1925.

BOEGEHOLD. — *Arch. f. Klin Chir.*, 1882.

BONNAMOUR. — *Lyon médical*, 1912.

BORAK. — *Traitement de l'arthrite*, 1924.

BOUCHARD. — *Maladies par ralentissement de la nutrition*.

BOYCE. — *British médical journal*, 1884.

BRAUENBERGER. — *Thèse Paris*, 1879.

BROCHIN. — *Gaz. hôpitaux*, 1876.

BRUN. — *Thèse Paris*, 1881.

BUMM. — *Munch médical Worchens*, 1891.

BURR. — *Jour. of. méd. assoc.*, 1896.

BUDIN. — *Progrès médical*, 1893.

CADENAT. — *L'hôpital*, 1924.

CELLES. — *Thèse Paris*, 1885.

CHARCOT. — *Thèse Paris*, 1853.

CHARPENTIER. — *Traité d'accouchements*, 1889.

Chimie et Laffont. — *Bull. société obst. et gyn.*, 1925.

Clifton. — *Médical recort*, 1907.

Cole et Meakins. — *St John Hopkin's hospital Bull.*, 1907.

Costa. — *Marseille médical*, 1920.

Costa et Garcin. — *Journ. radiologie et d'electricité*, 1921.

Coudray. — *Thèse Paris*, 1926.

Cubertafon. — *Thèse Paris*, 1894-95.

Delbet. — *Revue générale de thérapeutique*, 1919.

Delteil. — *Thèse Paris*, 1926.

Delmas et Roger. — *Gaz. hôpitaux*, 1908.

Devraigne et Demelin. — *Manuel accoucheur*, 1924.

B. Dubois. — *Thèse Paris*, 1879.

Dufour et Ravina. — *Bulletin société médicale hôpitaux*, 1919-20.

Dujarrier. — *Maladie articulation*, Le Dentu Delbet.

Dujol. — *Thèse Lyon*, 1912.

Elegazaccay. — *Thèse Paris*, 1873.

Fabre et Dujol. — *Bull. obst. et Gyn.*, 1914.

Favre et Dujol. — *Ann. obst. et gyn.*, 1916.

Favre. — *Ann. Soc. obst. de France*, 1899.

Fernet. — *Progrès médical*, 1908.

Feuillet. — *Thèse Paris*, 1865.

Fieux et Lefour. — *Gaz. hebd. sciences méd. de Bordeaux*, 1890.

Fressenger. — *Journal Praticiens*, 1908.

Fisher. — *Monastschafft für Kenderkunde.*

Fournier. — *Thèse Paris*, 1885.

Fresnay. — *Thèse Paris*, 1921.

Fruhinskolz. — *Thèse Nancy*, 1902.

Gauran. — *Thèse Paris*, 1923.

Georgiades. — *Thèse Paris*, 1885.

Gibbon et Fitz Gibbon. — *The Lancet* 1913.

Goulley. — *Revue méd. est*, 1900.

Guiard. — *Compl. Blenn.*
Halle. — *Ann. Gyn. et obs.*, 1908.
Hanot. — *France médicale*, 1881.
Horion. — *Thèse Paris*, 1919.
Hecker. — *Arch. fur Gynak.*, 1881.
Hervieux. — *Soc. méd. hop.*, 1866.
Hervieux. — *Maladie puerpérale*, 1870.
Huchard. — *Union médicale*, 1875.
Jacquet. — *Ann. de dermatologie*, 1892.
Janet. — *Nouv. arch. d'obst.*, 1893.
Jeanselme. — *Presse médicale*, 1895.
Karewski. — *Central pur chirurg.*, 1892.
Kelley. — *N. York méd. journal*, 1908.
Kienbock. — *Wiener Klem Wochen*, 1903.
Kienbock. — *Forsch anf d gebiete dront genstrallon*, bd. 18.
Konig. — *Central f. clin.*, 1897.
Kuliga. — *Festschuft fur arnold*, 1905.
Lassort. — *Thèse Bordeaux*, 1895.
Langeron et Delcourt. — *Presse médicale*, 1928.
Lea. — *Transact. of North of Englad ols and gyn. soc.*, 1900.
Lop. — *Presse médicale*, 1901.
Lop. — *Gaz. hôpitaux.* 1903.
Lop. — *Gaz. hôpitaux*, 1912.
Loubet. — *Thèse Montpellier*, 1902-3.
Lorrain. — *Soc. méd. hôp.*, 1866-67.
Lorrain. — *Gaz. hôpitaux*, 1875.
Macdonald. — *Ed. méd. journal*, 1873.
Maimmi. — *Press. méd.*, 1909.
Marchande. — *Thèse Paris*, 1879.
Marfan et Debre. — *Bull. soc. Hôp.*, 1910.
Mauclaire, — *Arch. gén. de méd.*, 1895.
Mercier. — *Thèse Paris*, 1883.
Mercklen. — *Thèse Paris*, 1925.

Michel. — *Congrès chirurgie*, 1926.
Mondor. — *Congrès chirurgie*, 1926.
Mondor. — *Arthrite gonococcique*, Maison, 1928.
Mosny et Beaufume. — *Tribune médicale*, 1904.
Moulonguet. — *Gaz. hôpitaux*, 1922.
Moulonguet J. — *Radiologie*, 1922.
Mumm. — *Méd. journal and record*, 1925.
Noeggerath. — *Bonn.*, 1872.
Noorden. — *Charite annalen*, 1880.
Ollier. — *Dict. encycl. des sciences médicales.*
Paraf. — *Thèse Paris*, 1921.
Pasturel. — *Thèse Paris*, 1904.
Patenostre. — *Thèse Paris*, 1884.
Pelletier. — *Thèse Paris*, 1927.
Picquet. — *Revue chirurgie*, 1926.
Pinard. — *Thèse Paris*, 1878.
Porter. — *Med. record*, 1918.
Poussin. — *Thèse Paris*, 1917.
Prestley. — *Lancet*, 1919.
Quinquaud. — *Gaz. méd.*, 1872.
Rabboni. — *Gynecol.*, 1906.
Raymond. — *Thèse agrégation*, 1880.
Ribemont Lepage, le Lorier. — *Traité accouchement.*
Rogers et Torrey. — *J. f. méd. assoc. Chicago*, 1907.
Rose al macd. — *Surgery report* , 1891.
Rudeaux. — *Thèse*, 1898.
Rudeaux. — *La clinique*, 1906.
Silberstein. — *Zells f orthop cher*, 1905.
Simon. — *Thèse agrégation*, 1866.
Simon. — *Thèse Paris*, 1927.
Simpson. — *Obst. Norks*, 1854.
Simpson. — *Obst. mém. à country*, 1856.
Smith. — *Am. J. obs. New-York*, 1890.
Siredey. — *Maladies puerpérales*, 1884.
Steimbackel. — *Wier Klen Wochens*, 1892.

TALAMON. — *Revue mens. méd. et Chir.*, 1878.
THIERRY. — *Thèse Paris*, 1873.
TISON. -- *Thèse Paris*, 1876.
TRACOU et BUE. — *Arch. de Toc.*, 1892.
TRONCY. — *Thèse Paris*, 1920.
TWHEAT. — *Virg. méd. journ Rikmond*, 1858.
VACHER. — *Thèse Paris*, 1868.
VAILLE. — *Thèse Paris*, 1877.
VINAY. — *Maladies de la grossesse.*
VAQUEZ et LAUBRY. — *Soc. méd. hop.*, 1902.
VERLEY. — *Thèse Toulouse*, 1909.
WAHEN. — *Chir. journal Londres*, 1913.
WILLEMS. — *Bull. et mém. soc. chirurgir.*, 1918.

1928. Saint-Amand (Cher). — Imprimerie A. CLERC.